[redacted]
17.12.2021

Remonstration

Hiermit übe ich meine Remonstrationspflicht zu bestehenden schulischen Corona-Maßnahmen des Landes Niedersachsen aus. Die Bundesregierung kündigt zudem eine Impfpflicht an, ohne dass meine Vorgesetzten oder die Schulbehörden Niedersachsens /Kultusministerium eine mögliche Grundrechtsverletzung feststellen und dem widersprechen! Stattdessen wird fahrlässig und ungeprüft die kommende Impfpflicht zur „Pandemie“-Bekämpfung begrüßt!

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei meiner Verbeamtung habe ich folgendes Versprechen abgegeben (Eidesformel nach § 64 Abs. 1 BBG):
„Ich schwöre, das Grundgesetz und alle in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Gesetze zu wahren und meine Amtspflichten gewissenhaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe."

In diesem schwerwiegenden Satz wird das Grundgesetz **explizit** neben den weiteren geltenden Gesetzen genannt.

Mit Ablegung des Eids/Versprechens wurden mir besondere Pflichten auferlegt (es folgen Auszüge aus https://www.beamten-informationen.de/information/beamten__und_statusrecht/pflichten_der_beamten :

*Ich habe meine Aufgaben unparteiisch und gerecht zu erfüllen und muss bei meiner Amtsführung immer auf das Wohl der **Allgemeinheit** Rücksicht nehmen.*

Treuepflicht

Die wichtigste Pflicht aus dem Dienst- und Treueverhältnis ist die „Treuepflicht“. Von ihr lassen sich die übrigen Pflichten ableiten. Dies gilt vor allem auch für die Pflichten, die im Beamtenrechtsrahmengesetz, Bundesbeamtengesetz sowie in den Landesbeamtengesetzen nicht ausdrücklich genannt sind.

So wird etwa aus der Treuepflicht die Verpflichtung abgeleitet, dass Beamte
- zu „steter Dienstleistung“ bereit sein müssen,
- sich zur freiheitlich-demokratischen Grundordnung im Sinne des Grundgesetzes bekennen und für deren Erhaltung aktiv eintreten,
- zur Wahrhaftigkeit verpflichtet sind. Tatsachen wesentlicher Art dürfen sie nicht verschweigen.

Gehorsamspflicht

*Beamtinnen und Beamte sind verpflichtet, die Anordnungen ihrer Vorgesetzten auszuführen. Allerdings muss die oder der Vorgesetzte örtlich und sachlich zuständig und die Anordnung **nicht***

erkennbar rechtswidrig *sein. Daneben haben sie ihre Vorgesetzten zu beraten und zu unterstützen. Sie sollen am dienstlichen Geschehen Anteil nehmen, ihre Vorgesetzten auf die für eine Entscheidung maßgebenden Gesichtspunkte aufmerksam machen und sich für die zu treffenden Maß nahmen mitverantwortlich fühlen.*

Gerade in Corona-Zeiten habe ich mich intensiv mit Zahlen, Statistiken und wissenschaftlichen Studien von unabhängigen Instituten auseinandergesetzt und bin dadurch zu ganz anderen Erkenntnissen gekommen als die, die man täglich in den Mainstream-Medien erfährt. Auch Anordnungen der Behörden/meiner Dienstherren standen in der Vergangenheit oft im krassen Widerspruch zu wissenschaftlichen Erkenntnissen von namhaften Instituten. Diese habe ich immer wieder auch meiner Schulleitung mitgeteilt, denn:

„Haben sie Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit dienstlicher Anordnungen, müssen sie diese unverzüglich bei ihrem unmittelbaren Vorgesetzten geltend machen. Hält der Vorgesetzte an der Anordnung fest, haben sie sich – wenn ihre Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit fortbestehen – an den nächsthöheren Vorgesetzten zu wenden. Bestätigt dieser die Anordnung, muss sie ausgeführt werden – in diesem Fall sind Beamtinnen und Beamte aber von ihrer eigenen Verantwortung befreit. ***Ist das aufgetragene Verhalten jedoch strafbar oder ordnungswidrig und ist die Strafbarkeit oder Ordnungswidrigkeit erkennbar oder wird dadurch die Würde des Menschen verletzt, so muss die Ausführung der Anordnung abgelehnt werden. Wird sie dennoch ausgeführt, ist man in vollem Umfang dafür verantwortlich.***

Dienstleistungspflicht

Beamtinnen und Beamte haben ihre Arbeitskraft in den Dienst des Staates zu stellen. So haben sie sich mit „voller Hingabe“ ihrem Beruf zu widmen und ihr Amt uneigennützig nach ***bestem Wissen*** *auszuführen.*

Beamte begehen zudem ein Dienstvergehen, wenn sie schuldhaft die ihnen obliegenden Pflichten verletzen (§ 77 BBG). „Schuldhaft“ heißt, die Pflichten wurden vorsätzlich oder ***fahrlässig*** *verletzt.*

Genau diese Fahrlässigkeit und das unkritische/unreflektierte Glauben von angeblichen Gefahren durch eine angebliche Pandemie habe ich nun seit Monaten sowohl in meinem Kollegium als auch bei meinen Vorgesetzten und den Beamten der Schulbehörden Niedersachsen beobachten müssen.

Das Narrativ „Die Pandemie der Ungeimpften“ wird mittlerweile kritiklos übernommen, obwohl es nicht evidenzbasiert ist! Es ist vielmehr eine Lüge, wie das folgende Protokoll beweist:

Auszug aus dem Stenografischen Protokoll 20/2 des Hauptausschusses des Deutschen Bundestags vom 15.11.2021:

Hier sehen Sie alle Zitate im Video.

Abgeordneter Martin Sichert (AfD):

Meine erste Frage geht an Professor Marx von der DIVI. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme: 1 662 Patienten sind mit Covid-19 letzte Woche in den Intensivstationen aufgenommen worden. Nun hört man aus Bayern und anderen Bundesländern, dass ein großer Teil der Intensivpatienten geimpft sei. Frage an Sie, Herr Professor Marx: Wissen Sie, wie viele der 1 662 Patienten geimpft bzw. ungeimpft waren?

Prof. Dr. Gernot Marx. Der Arzt ist seit Anfang 2021 gewählter Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die wiederum das Intensivregister erstellt:

Vielen Dank für die Frage. Diese Frage kann ich leider nicht beantworten, weil wir bisher noch nicht erfasst haben, welche Patienten auf den Intensivstationen geimpft und welche nicht geimpft sind. Die Frage ist richtig und wichtig. Wir haben als DIVI gemeinsam mit dem RKI jetzt auch entsprechende Vorbereitungen getroffen, diese wichtigen Informationen sehr schnell zu erfassen. Wir haben sie aber noch nicht zur Hand. Von daher kann ich die Frage leider nicht beantworten.

Und nun Aussagen der Bundesregierung:

Wenn wir uns aber die Situation in den Krankenhäusern und insbesondere den Intensivstationen ansehen, dann sehen wir dort natürlich ein gehäuftes Auftreten von Ungeimpften, und das ist überproportional groß.

Spahn-Sprecher Sebastian Gülde auf der Bundespressekonferenz vom 17.11.2021 auf Frage von mir.

Die allermeisten derjenigen, die jetzt schwer an Corona leiden und deswegen im Krankenhaus auf den Intensivstationen liegen, sind ungeimpft.

Merkels Sprecher Steffen Seibert auf der Bundespressekonferenz vom 8.11.2021.

Wir hatten Herrn Reitschuster, bezogen auf die Frage der Erfassung des Impfstatus bei Einweisung in Intensivstationen, Informationen geliefert. Das wird erfasst. Das hat auch Herr Professor Wieler hier am Mittwoch gesagt.

Spahn-Sprecher Oliver Ewald auf der Bundespressekonferenz vom 5.11.2021.

Ich muss offen gestehen: Ich verstehe die Frage nicht. Ich habe zwar eine Idee, was Herr Reitschuster meinen könnte … Je nachdem, welche Symptomatik als Hauptsymptomatik vermerkt wird, können unterschiedliche Dinge eine Rolle spielen. Ich glaube, dass Herr Reitschuster das als „an oder mit Corona“ missversteht.

Spahn-Sprecher Sebastian Gülde auf der Bundespressekonferenz vom 3.11.2021 auf folgende Frage von mir: „Dem RKI wird vorgeworfen, die Prozentzahlen der Ungeimpften auf Intensivstationen seien irreführend, weil Geimpfte nicht oder nicht so oft getestet würden und zudem angeblich nur dann als Coronapatienten gezählt würden, wenn sie wegen und nicht nur mit COVID-19 behandelt würden. Trifft das zu?“.

Möglicherweise überzeugt es ja auch noch den einen oder anderen, dass sich jetzt auf den Intensivstationen unter den COVID-19-Patienten überwiegend Menschen finden, die nicht geimpft sind, sodass also sehr deutlich und augenfällig wird, dass eine Impfung schützen kann bzw. eine Nichtimpfung zu einer Hospitalisierung mit Behandlung auf der Intensivstation führen kann.

Merkels Sprecher Martina Fietz auf der Bundespressekonferenz vom 29.10.2021.

Wir haben immer noch eine gewisse Quote an nicht Geimpften. Das sind auch diejenigen, die derzeit wieder die Intensivstationen belegen

Spahn-Sprecher Sebastian Gülde auf der Bundespressekonferenz vom 27.10.2021 auf folgende Frage von mir: „Bisher gab es trotz Corona nach den Worten des BMG nie eine Überlastung des Gesundheitssystems, schreibt es, also auch, als noch keine Impfung verfügbar war. Nun ist die

Mehrheit geimpft. Warum droht heute eine Überlastung, mit der die Maßnahmen ja begründet werden?“

Zur Erinnerung nochmal die anfangs zitierte Antwort von Prof. Dr. Marx im Hauptausschuss des Bundestages auf die Frage, wie viele Corona-Patienten auf den Intensivstationen geimpft sind:

Diese Frage kann ich leider nicht beantworten, weil wir bisher noch nicht erfasst haben, welche Patienten auf den Intensivstationen geimpft und welche nicht geimpft sind. Die Frage ist richtig und wichtig. Wir haben als DIVI gemeinsam mit dem RKI jetzt auch entsprechende Vorbereitungen getroffen, diese wichtigen Informationen sehr schnell zu erfassen. Wir haben sie aber noch nicht zur Hand. Von daher kann ich die Frage leider nicht beantworten.

Es wurde also massiv gelogen bezüglich einer „Pandemie der Ungeimpften“ und meine Vorgesetzten/Dienstherren haben das offensichtlich kritiklos übernommen!

Kommen wir nun zu meinen Rechten als Beamter:

Rechte der Beamtinnen und Beamten

*Aus dem Dienst- und Treueverhältnis ergibt sich im Umkehrschluss **die Pflicht des Dienstherrn, Beamtinnen und Beamte zu schützen**. Quasi als Generalklausel hat der Gesetzgeber in § 78 BBG eine Vorschrift aufgenommen, auf die sich im Wesentlichen alle Rechte zurückführen lassen. Aus dieser „Fürsorgepflicht“ des Dienstherrn, die als einer der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums gilt, leiten sich weitere Rechte ab.*

Genau um diese Schutzpflicht meines Dienstherrn geht es nun im Folgenden: Meine Vorgesetzten / Dienstherren schützen

mich nicht vor unverhältnismäßiger Einschränkung meiner Grundrechte:

Die von meinen Vorgesetzten widerspruchslos hingenommene Ankündigung einer Impfpflicht schränkt schon jetzt unverhältnismäßig mein Recht auf körperliche Unversehrtheit Artikel 2 GG ein.

Ich bin aus diesen vorgenannten Gründen mittlerweile in einem körperlichen Zustand, in dem ich nicht mehr meine Dienstpflicht ausüben kann (dienstunfähig)! Eine ausgeprägte Schlaflosigkeit entkräftet mich seit Wochen!

Die „Impfung“ (es ist vielmehr eine Gentherapie!) schützt weder vor einer Erkrankung, noch das ich andere Menschen anstecken kann.
Sie ist selbst laut der medizinischen sowie öffentlichen Diskussion kaum bis gar nicht wirksam gegen diese „Delta-Variante“.
Eine Wirksamkeit gegen die „Omikron“-Variante wird nach bisheriger wissenschaftlicher Kenntnis ebenfalls ausgeschlossen.

Viele Erkrankungen von Menschen in meinem privaten Umfeld, welche in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stehen, zeigen mir unmissverständlich auf, dass dieses weitgehend ungetestete Medikament nicht harmlos ist.

In meiner Verwandschaft und Bekanntschaft kam es zu mehreren Thrombosen, Todesfällen, Autoimmunerkrankungen, Diabetes, Gehirnvenenthrombose mit Schlaganfall, Zitteranfällen, etc.
In meinem näheren Umfeld höre ich oft von weiteren Nebenwirkungen wie z.b. Herzmuskel-Entzündungen sowie Gürtelrosen.
Alles keine unbekannten Nebenwirkungen des

Medikaments, welche auch bereits mehrfach medial im Fernsehen aufgearbeitet wurden, jedoch ohne daraus die juristische und politische Konsequenz zu ziehen.

Da dieses Medikament keinen Schutz bietet, sehr wohl aber sehr häufig schwere Nebenwirkungen zu Folge hat, wird hier mein Recht auf körperliche Unversehrtheit unverhältnismäßig eingeschränkt.

Ich bin nicht gewillt zu warten bis die politische, gesellschaftliche sowie juristische Aufarbeitung aller Nebenwirkungen stattgefunden haben und bis dahin sinnlos mein Leben in Gefahr zu bringen.
Gerade wir Deutschen durften erfahren wie eine politische Ideologie nur allzu bereitwillig rationale Argumente mit Füßen tritt und Zwang gegenüber Andere ausübt, die dem Gesetz und ihrem Eid verpflichtet sind. Seien wir daher kritisch und begehen diesen Fehler nicht ein zweites Mal.

Ich habe geschworen, das Recht und die Freiheit des deutschen Volkes, zu verteidigen, so wahr mir Gott helfe.
2 Jahre lang sehe ich nun zu, wie ein Artikel des Grundgesetzes nach dem anderen gebrochen wird. Dies ist schon lange nicht mehr der Ausnahmefall, sondern ein Dauerzustand.

Ich werde es nicht weiter tolerieren, noch wegschauen, wenn durch Feigheit, Faulheit und Fahrlässigkeit immer weiter unsere Bürgerrechte zurückweichen müssen.

Grundrechte komplett ausgeschaltet

Im Artikel 7 zum Gesetzentwurf (**Drucksache 19/23944**) heißt es:

»Durch Artikel 1 Nummer 16 und 17 werden die Grundrechte der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der

Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.«

Auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit wird drastisch **eingeschränkt**:

»Durch die Absätze 4 bis 7 und 10 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.«

Die Parallelen des »Gesetztes zum Schutz der Bevölkerung« zum Ermächtigungsgesetz von 1933 sind offensichtlich:

Da gleichen sich sogar die Namen:

1933: “Gesetz zum Schutz von Volk und Staat”:

2020: “Bevölkerungsschutzgesetz”:

Eine Impfpflicht mit COVID-19-Vakzinen ist nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand rechtlich und ethisch nicht begründbar.

Das ist auch die Kernaussage eines Papiers, das von einer Gruppe von Hochschulmedizinern, unterstützt von Wissenschaftlern und Hochschullehrern vieler Fächer, verfasst und unterzeichnet wurde.

Den Unterzeichnern betonen, dass es nicht um die individuelle Entscheidung für oder gegen die COVID-19-Impfung geht. Vielmehr stehe im Mittelpunkt Frage nach der Legitimation des Staates, eine generelle Impfpflicht einzuführen angesichts unzureichender Evidenz in unterschiedlichen Gruppen der Bevölkerung über Nutzen und potentielle Schäden der vorläufig zugelassenen COVID-19-Impfstoffe.

Mit dem Statement wollen die Unterzeichner Politik und Öffentlichkeit sowie alle gesellschaftlichen Kräfte darüber informieren, dass beim derzeitigen Stand der Wissenschaft eine vom Staat verordnete Impfpflicht nicht zu verantworten sei.

Die Initiatoren haben reitschuster.de gebeten, ihre Stellungnahme im öffentlichen Raum zu verbreiten. Diesem Wunsch kommen wir gerne nach. Hier die Stellungnahme und die Liste der Unterzeichner:

Die von Befürwortern einer allgemeinen Impfpflicht vertretene Auffassung, dass die kollektive Impfung in der gegenwärtigen Situation alternativlos sei, ist nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand unhaltbar. Es gibt keine den üblichen Standards folgenden wissenschaftlichen Daten, die belegen, dass die Impfung für jede Bürgerin, jeden Bürger unabhängig von Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen oder anderen Faktoren mehr Nutzen als Schaden stiftet. Weder liegen hierzu die üblicherweise in Zulassungsverfahren geforderten Daten aus randomisierten kontrollierten Studien noch aus epidemiologischen Kohorten mit hinreichender Qualität vor. Für große Gruppen der Bevölkerung gibt es überhaupt keine Evidenz für einen Nutzen, z.B. für gesunde Kinder und junge Erwachsene oder für Schwangere im ersten Drittel der Schwangerschaft. Dagegen ist ein Schaden nicht auszuschließen, sondern ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sogar anzunehmen. Solche Gruppen zur Impfung zu nötigen, heißt von ihnen zu fordern, dass sie eine Körperverletzung hinnehmen. Die Frage, ob eine Impfung für eine konkrete Person sinnvoll ist oder nicht, verbleibt eine individuelle Entscheidung, die ggfs. nach Rücksprache mit einer Ärztin/Arzt des Vertrauens von jeder Bürgerin und jedem Bürger, bzw. von Eltern in eigener Verantwortung beantwortet werden muss. Die immer wieder postulierte „Notlage“ ist hypothetisch und muss nach fast zwei Jahren in einem der bestentwickelten Gesundheitssysteme der Welt als unrealistisch betrachtet werden. Die scheinbare Begründung einer solchen Notlage durch mathematische Modelle führt in die Irre. Sofern trotz der in Deutschland verfügbaren Kapazitäten Versorgungsprobleme auftreten, ist vielmehr nach der politischen und organisatorischen Verantwortung zu fragen.

Dem Staat fehlt nach dem Vorgesagten jegliche wissenschaftliche, rechtliche und ethische Legitimation, sich über den Willen von Bürgerinnen und Bürgern hinwegzusetzen.

Neben der allgemeinen Impfpflicht wird die Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen wie Krankenhauspersonal, Beschäftigte in der Pflege etc. unter dem Gesichtspunkt eines erhöhten Schutzbedarfs vulnerabler Gruppen diskutiert. Die bisherigen Erfahrungen in der Bundesrepublik zeigen, dass nach einer gewissen Einschwingzeit am Anfang der Pandemie die professionelle Hygiene dieser Berufsgruppen ausreichend ist, Ausbrüche weitestgehend zu verhindern. Eine generelle Impfpflicht in diesen Berufsgruppen muss somit als unverhältnismäßig angesehen werden, auch und gerade vor dem Hintergrund einer Infizierbarkeit durch Geimpfte. Ein konsequenter Infektionsschutz erfordert bei entsprechender epidemischer Lage die Testung des Personals unabhängig von dessen Immunstatus, womit der Zusatznutzen der Impfung fraglich wird und eine Impfpflicht nicht gerechtfertigt werden kann.

Auch in dieser Situation hat der Staat nicht das Recht, die individuelle Entscheidung über die Impfung vorzuschreiben, da es niederschwellige Maßnahmen gibt, die den gleichen Zweck erfüllen.

Unterzeichner:

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel, Essen,
Prof. Dr. Ulrich Keil, Münster,
Dr. Angela Spelsberg, Aachen,
Prof. Dr. Andreas Schnepf, Tübingen,
Prof. Dr. Michael Esfeld, Lausanne,
Prof. Dr. Paul Cullen, Münster,
Prof. Dr. Bernhard Müller, Melbourne,
Prof. Dr. Boris Kotchoubey,
Tübingen, Prof. Dr. Tobias Unruh, Erlangen,
Dr. Sandra Kostner, Schwäbisch Gmünd,
Dr. René Kegelmann, Stuttgart,
PD Dr. Stefan Luft, Bremen,
Prof. Dr. Harald Schwaetzer, Biberach,
Prof. Dr. Andreas Brenner, Basel,
Prof. Dr. Wolfram Schüffel, Marburg,
Prof. Dr. Anke Steppuhn, Stuttgart,
Prof. Dr. Saskia Hekker, Heidelberg,
Jun.-Prof. Dr. Alexandra Eberhardt, Paderborn,
Dr. Henning Nörenberg, Malmö,
PD Dr. Axel Bernd Kunze, Bonn,
Prof. Dr. Henrieke Stahl, Trier,
Dr. Jens Schwachtje, Nürtingen,
Prof. Dr. Christin Werner, Dresden,
Prof. Dr. Ole Döring, Berlin,
Dr. Christian Lehmann, München,
Prof. Dr. Thomas Sören Hoffmann, Hagen,
Prof. Dr. Stefan Homburg, Hannover,
Prof. Dr. Salvatore Lavecchia, Udine,
Prof. Dr. Steffen Roth, La Rochelle und Vilnius,
Dr. Jan Dochhorn, Durham,
Prof. Dr. Günter Roth, München,
Dr. Hans-Jörg Ulmer, Leinfelden-Echterdingen,
Prof. em. Dr. Stephan Rist, Bern,
Prof. Dr. Wolfgang Stölzle, Bazenheid,
PD Dr. Rainer Klement, Schweinfurt,
Dr. Matthias Burchardt, Köln,
Prof. Dr. Eberhard Göpel, Bielefeld,
Prof. Dr. Sven Hildebrandt, Dresden,
Dr. Justine Büchler, Dresden,
Prof. Dr. Martin Winkler, Winterthur,
Dr. Agnes Imhof, Erlangen,
Prof. Dr. Viktoria Däschlein-Gessner, Bochum,
Prof. Dr. Jörg Matysik, Leipzig,
Dr. Christian Mézes, Schwäbisch Gmünd,

Dr. Mohamed Mahde Saleh, Bonn,
Prof. Dr. Alexander Blankenagel, Berlin,
Dr. Dana Sindermann, St. Gallen,
Prof. Dr. Gerald Dyker, Bochum,
Prof. Dr. Pietro Corvaja, Udine,
Prof. Dr. Klaus Morawetz, Münster,
Prof. Kerstin Behnke, Weimar,
Prof. Dr. Christina Zenk, Trossingen,
Prof. Dr. Friedrich Röpke, Heidelberg,
Prof. Dr. Hardy Bouillon, Trier

Die Pflicht zur Gesunderhaltung eines Beamten

> Auch wenn eine Pflicht zur Gesunderhaltung nicht ausdrücklich im Beamtenrecht normiert ist, lässt sie sich doch aus dem gegenseitigen Dienst- und Treueverhältnis zwischen Dienstherr und Beamten aus Art. 33 Abs. 4 GG sowie aus der Pflicht zum vollen persönlichen Einsatz im Beruf gemäß § 61 Abs. 1 BBG bzw. § 34 BeamtStG herleiten.1 Sie umfasst das Bemühen, die Gesundheit so weit zu bewahren, dass die Fähigkeit zur Dienstleistung nicht schuldhaft eingeschränkt oder aufgehoben wird. In der Folge ist der gesunde Beamte verpflichtet, seine volle Dienstfähigkeit und damit seine Arbeitskraft im Interesse des Dienstherrn zu bewahren.

> Das Gegenstück hierzu bildet die Fürsorgepflicht des Dienstherrn, die in § 78 BBG bzw. § 45 BeamtStG festgeschrieben ist und sich ebenfalls aus dem gegenseitigen Dienst- und Treueverhältnis aus Art. 33 Abs. 4 GG ergibt. Sie verpflichtet den Dienstherrn dazu, seinen Beamten bestmöglichen Schutz gegen Gefahren für Leben und Gesundheit am Arbeitsplatz zu gewährleisten.2 Mit Blick auf die Corona-Pandemie folgt aus diesem Prinzip die konkrete Verpflichtung, die Beamten bestmöglich vor einer Infektion mit dem Covid-19-Virus zu schützen, oder die Beamten vor einer experimentellen Gentherapie zu bewahren, die statistisch eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, einen körperlichen Schaden anzurichten!

Es ist eine Tatsache, dass die sog. COVID-19-Vakzine laut offiziellen Zulassungsdokumenten von EMA und Europäischer Kommission (siehe u.a. auf der website von medicinal human register) nicht zur Prävention der Infektion mit dem Virus SARS-COV-2 entwickelt und zugelassen wurden, sondern allein als Prävention eines schwereren Verlaufs der durch eine Infektion ausgelösten Krankheit COVID-19 wirken sollen und auch allein dafür bedingt zugelassen wurden. Es geht daher aus den offiziellen Zulassungsdokumenten hervor, dass diese Substanzen die Infektionskette nicht unterbrechen können, weil die damit behandelten Personen sich infizieren können und damit infektiös sein können. Die Praxis beweist darüber hinaus, dass sich bereits vollständig „Geimpfte“ mit dem Virus infizieren und sogar eine gleich hohe Viruslast wie „Ungeimpfte“ haben (siehe zuletzt u.a. CDC). Damit ist klar, dass jeglicher COVID-19-„Impfzwang“ – abgesehen von der Grundrechts- und Verfassungswidrigkeit – auch faktisch jeglicher Begründung entbehrt. Sämtliche, auch moralische Druckausübung (angeblicher Akt der Solidarität am Nächsten), erweist sich allein schon anhand der offiziellen Zulassungsdokumente als straf- und haftungsrechtlich relevant! Ich empfehle jedem Arbeitgeber eindringlich von einem COVID-19-

Impfdruck/Impfzwang Abstand zu halten, denn die weitreichenden damit verbundenen rechtlichen Konsequenzen sind den Meisten offensichtlich gar nicht bewusst.

Nun hat sich die Bundesregierung im November 2020 im Namen der Corona-Bekämpfung ein erschreckendes Gesetz geschrieben, welches zahlreiche Kritiker als »Ermächtigungsgesetz 2.0« einstufen. Was 1933 noch »Gesetz zum Schutz von Volk und Staat« lautete, heißt im Jahr 2020 »Bevölkerungsschutzgesetz«. Damals konnte man lesen: „Sollten die Berliner Eliten dieses Gesetz mit der Mehrheit der Großen Koalition beschließen, ist Deutschlands Weg in Willkür und eine offene Diktatur besiegelt.“

Laut Prof. Ioannidis betrifft 99,8 Prozent der Bevölkerung Corona in keinster Weise! Diese 99,8 Prozent gesunde Bevölkerung wird seit nunmehr neun Monaten mit Notverordnungen und Zwangsmaßnahmen überhäuft. Dies muss man sich wirklich vergegenwärtigen, bei 83 Millionen Einwohnern wurden durch das RKI und deren hochumstrittenen **PCR-Tests** seit Anfang 2020 lediglich 675.000 Bürger als »Positiv-Getestete« eingestuft. Diese waren in der überwältigenden Masse weder krank, noch zeigten sie Symptome, auch keine schweren Verläufe, keine stationäre Krankenhausbehandlung und ebenso keine Behandlung auf der Intensivstation waren vonnöten, sondern einzig und allein der positive PCR-Test von 0,81 Prozent der Gesamtbevölkerung muss herhalten, um eine »epidemische Notlage von nationaler Tragweite« zu behaupten.

Die massivsten Grundrechtseinschränkungen seit dem Ende des zweiten Weltkriegs werden seither von einem Corona-Kabinett und einer Merkel-Runde mit den Ministerpräsidenten beschlossen. Es ist vollkommen unstrittig, dass diese demokratisch in keinster Weise dazu legitimiert sind und die vorsätzliche Umgehung des gewählten Parlamentes verfassungswidrig ist. Über 60 dieser Corona-Zwangsmaßnahmen wurden bereits von Gerichten als »rechts- und verfassungswidrig« eingestuft und aufgehoben.

Maßmahmen unverhältnismäßig

Es ist davon auszugehen, dass bei weiteren fundiert vorgetragenen Klagen ein Großteil dieser Notverordnungen ebenfalls von der Justiz einkassiert werden. Zu eindeutig ist die Willkür, die Unverhältnismäßigkeit und die Ausschaltung des Parlaments bei vielen dieser Maßnahmen. Die Mainstream-Medien kritisieren nicht etwa den immer übergriffigeren totalitären Staat, sondern befeuern stetig die Angst und die Corona-Hysterie mit apokalyptischen Spekulationen und Einzelfällen von schweren Krankheitsverläufen, die wie bei jeder Grippewelle auch bei Corona zu finden sind.

In gleichem Atemzug wird zudem versucht, Millionen Bürger dieses Landes als Rechtsextreme und Verschwörungstheoretiker zu diffamieren.

Dass **Medien** fortgesetzt nicht die Bundesregierung und deren Zwangsmaßnahmen kritisieren, sondern Regierungskritiker, dies ist weltweit ein Wesensmerkmal von Diktaturen.

Dieses organisierte Vorgehen und das Zusammenspiel von Politik und Medien ist mittlerweile in unzähligen Bereichen in Deutschland zu beobachten.

Meine Gegenargumente zu bestehenden Corona-Maßnahmen, Verordnungen und zur angekündigten Impfpflicht (jeweils farbig markiert zur besseren Übersicht)

Wer insbesondere Informationen über die möglichen Auswirkungen der COVID-Impfungen auf den menschlichen Körper bekommen möchte, sollte sich zuerst die Quelle 24 ansehen, also die beiden zwei Teile der Pathologiekonferenz, wo insbesondere die Auswertung von Gewebeschnitten gezeigt werden.

(Fragestellung: STEHEN TODESFÄLLE UND GESUNDHEITLICHE SCHÄDEN NACH IMPFUNGEN
GEGEN COVID-19 IN EINEM PATHOLOGISCH NACHWEISBAREN ZUSAMMENHANG?)

Quelle 1:

0,14 % WHO (Accidentally) Confirms Covid is No More Dangerous Than Flu

Head of Health Emergencies Program “best estimates” put IFR at 0.14%

Kit Knightly

WHO (Accidentally) Confirms Covid is No More Dangerous Than Flu

vanessa beeley / October 9, 2020
Off-Guardian
The World Health Organization has finally confirmed what we (and many experts and studies) have been saying for months – the Coronavirus is no more deadly or dangerous than seasonal flu.

The WHO's top brass made this announcement during a special session of the WHO's 34-member executive board on Monday October 5th, it's just nobody seemed to really understand it.
In fact, they didn't seem to completely understand it themselves.

At the session, Dr Michael Ryan, the WHO's Head of Emergencies revealed that they believe roughly 10% of the world has been infected with Sars-Cov-2. This is their "best estimate", and a huge increase over the number of officially recognised cases (around 35 million).

Dr. Margaret Harris, a WHO spokeswoman, later confirmed the figure, stating it was based on the average results of all the broad seroprevalence studies done around the world.
As much as the WHO were attempting to spin this as a bad thing – Dr Ryan even said it means *"the vast majority of the world remains at risk."* – it's actually good news. And confirms, once more, that the virus is nothing like as deadly as everyone predicted.
The global population is roughly 7.8 billion people, if 10% have been infected that is 780 million cases. The global death toll currently attributed to Sars-Cov-2 infections is 1,061,539.
That's an infection fatality rate of roughly or 0.14%. Right in line with seasonal flu and the predictions of many experts from all around the world.

0.14% is over 24 times LOWER than the WHO's "provisional figure" of 3.4% back in March. This figure was used in the models which were used to justify lockdowns and other draconian policies.
In fact, given the over-reporting of alleged Covid deaths, the IFR is likely even lower than 0.14%, and could show Covid to be much less dangerous than flu.
None of the mainstream press picked up on this. Though many outlets reported Dr Ryan's words, they all attempted to make it a scary headline and spread more panic.

Apparently neither they, nor the WHO, were capable of doing the simple maths that shows us this is good news. And that the Covid sceptics have been right all along.

Share this:

The World Health Organization has finally confirmed what we (and many experts and studies) have been saying for months – the coronavirus is no more deadly or dangerous than seasonal flu.

The WHO's top brass made this announcement **during a special session of the WHO's 34-member executive board** on Monday October 5th, it's just nobody seemed to really understand it.

In fact, they didn't seem to completely understand it themselves.

At the session, Dr Michael Ryan, the WHO's Head of Emergencies revealed that they believe roughly 10% of the world has been infected with Sars-Cov-2. This is their "best estimate", and a huge increase over the number of officially recognised cases (around 35 million).

Dr. Margaret Harris, a WHO spokeswoman, later confirmed the figure, stating it was based on the average results of all the broad **seroprevalence studies** done around the world.

As much as the WHO were attempting to spin this as a bad thing – Dr Ryan even said it means *“the vast majority of the world remains at risk.”* – it’s actually good news. And confirms, once more, that the virus is nothing like as deadly as everyone predicted.

The global population is roughly **7.8 billion people**, if 10% have been infected that is 780 million cases. The global death toll currently attributed to Sars-Cov-2 infections is **1,061,539**.

That’s an infection fatality rate of roughly or 0.14%. Right in line with seasonal flu and the predictions of many experts from all around the world.

0.14% is over 24 times LOWER than the WHO’s “provisional figure” of **3.4% back in March**. This figure was used in the models which were used to justify lockdowns and other draconian policies.

In fact, given the **over-reporting of alleged Covid death**s, the IFR is likely even lower than 0.14%, and could show Covid to be much less dangerous than flu.

None of the mainstream press picked up on this. Though **many outlets** reported **Dr Ryan’s words**, they all attempted to make it a scary headline and spread more panic.

Apparently neither they, nor the WHO, were capable of doing the simple maths that shows us this is good news. And that the Covid sceptics have been right all along.

UPDATE 9/10/20: In the interest of thoroughness, a desire to rely on primary sources, and not depending purely on mainstream

sources (which may remove or amend articles), I decided to find the actual video of Dr Ryan's remarks.

For some reason, although this was an important WHO meeting during an allegedly hyper-serious pandemic, the video is hard to find. The only place you are able to see it is the WHO's own website, and even then you have to scrub through almost 6 hours of footage. Well, I did that, and you are welcome.

You can't embed the WHO's stream, but I can tell you to go to **this page**, click "Session 1" and skip to 1:01:33 to hear the exact quote:

Our current best estimates tell us that about ten percent of the global population may have been infected by this virus. This varies depending on country, it varies from urban to rural, it varies between different groups."

UPDATE 13/10/2020: Here is the actual ripped audio:

Audio Player

00:00
00:00

Use Up/Down Arrow keys to increase or decrease volume.

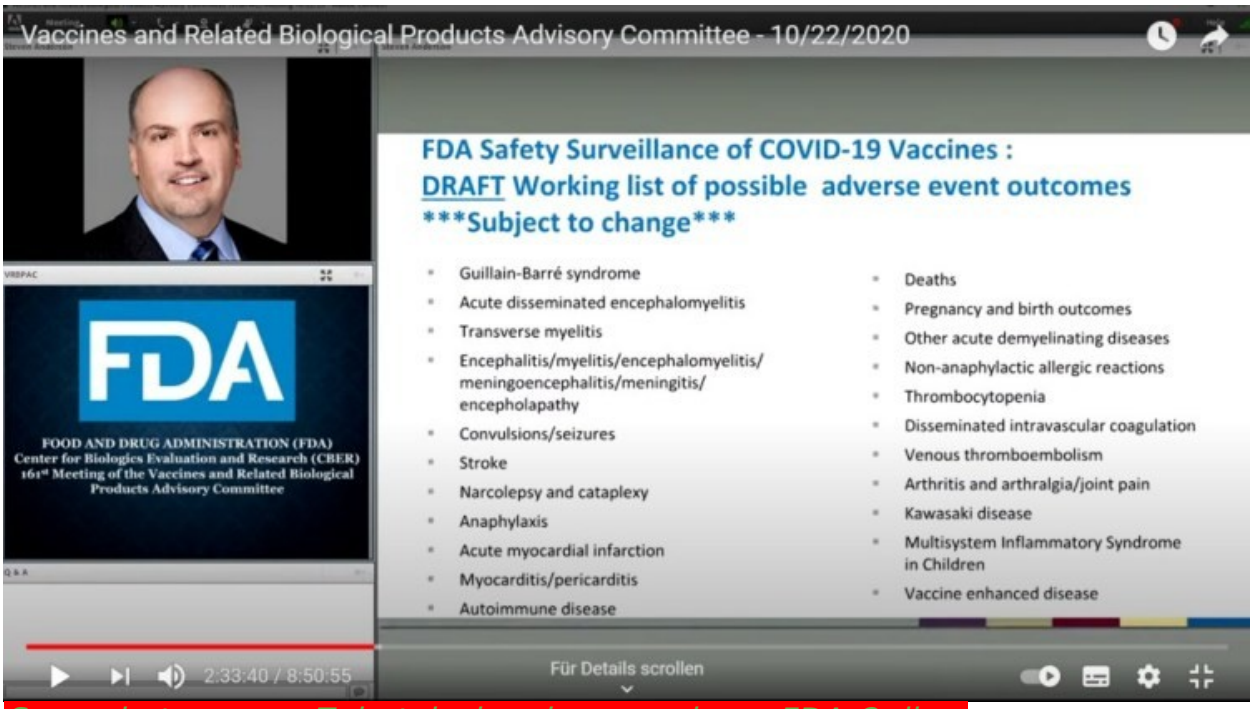
Quelle 2

Sie wussten es vorher: Ein Meeting der FDA enthüllte

versehentlich eine ellenlange Liste schwerer Impf-Nebenwirkungen https://www.schildverlag.de/2021/07/31/ein-meeting-der-fda-enthuellte-versehentlich-eine-ellenlange-liste-schwerer-impf-nebenwirkungen/

31. Juli 2021Niki Vogt Corona, Geheimdienste Terror Krieg, Gesundheit, Politik, Wissenschaft und Forschung

Niki Vogt auf Telegram folgen



Screenhot von nur Zehntelsekunden aus einem FDA-Online-Konferenzvideo: Man wusste offensichtlich schon im Oktober 2020 um die verheerenden (Neben)Wirkungen der Impfung

von Niki Vogt

Detektiv Internet sollte man nicht unterschätzen. Millionen Menschen auf der Welt sind Rechercheure und hier ist wieder einmal ein Ergebnis der Schwarmintelligenz. Irgendeiner findet’s immer und weiß, was er da

gefunden hat. Es gibt ein Video im Netz von einem Treffen der FDA. Das findet man auf Youtube auf dem offiziellen Kanal der FDA (Food and Drug Administraton), die Behörde, die für Arzneimittel und Ernährung in den USA verantwortlich ist.

Jemand hat am 29. Juli 2021 das entdeckt und den Fund getwittert und jetzt verbreitet er sich in in die Welt. Lest es und verbreitet es weiter. Sie habe alles schon damals gewusst, bevor sie die Impfung mit einer Notzulassung auf die Menschheit losgelassen haben:

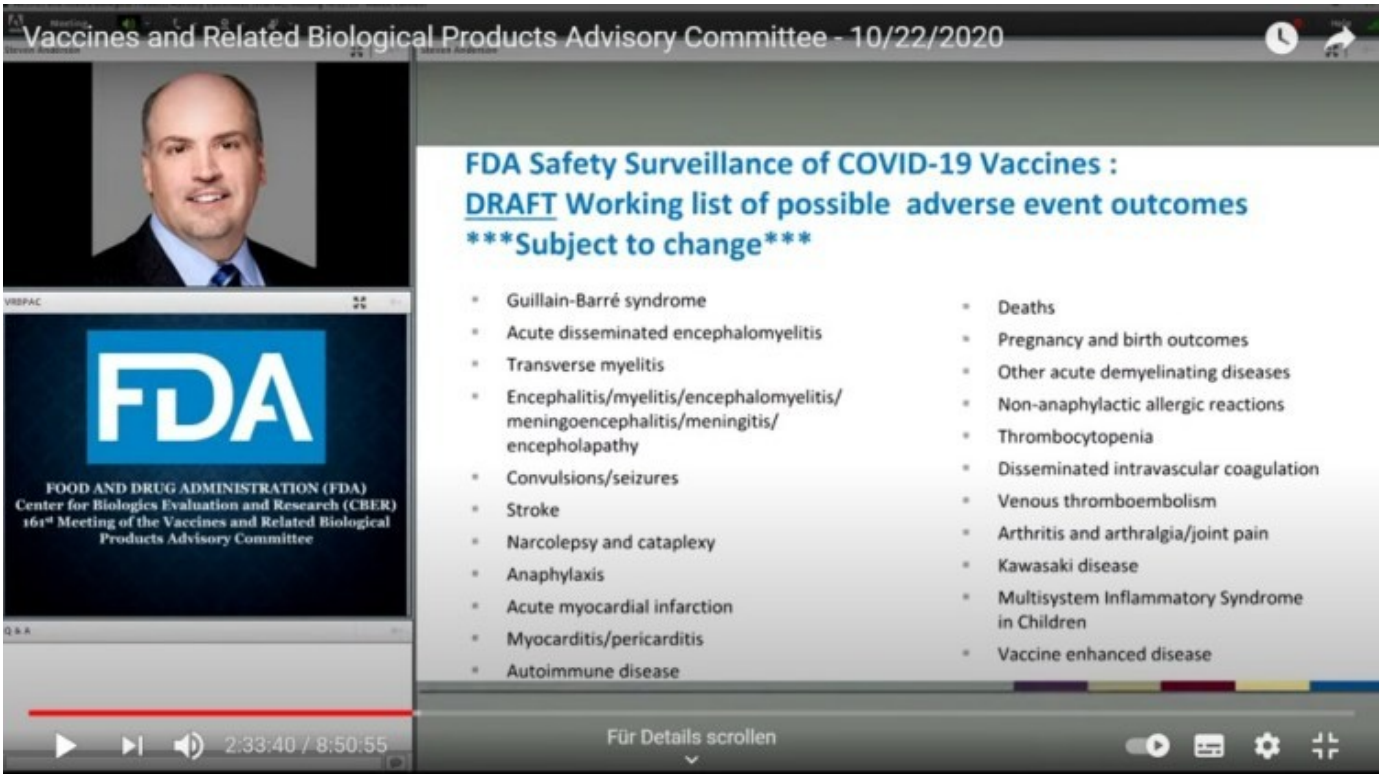
Unter dem Video steht als Text:

Am 22. Oktober 2020 findet eine öffentliche Sitzung des Beratungsausschusses für Impfstoffe und verwandte biologische Produkte statt, um die allgemeine Frage der Entwicklung, Zulassung und/oder Zulassung von Impfstoffen zur Prävention von COVID-19 zu erörtern. Seien Sie hier um 10 Uhr morgens live dabei!

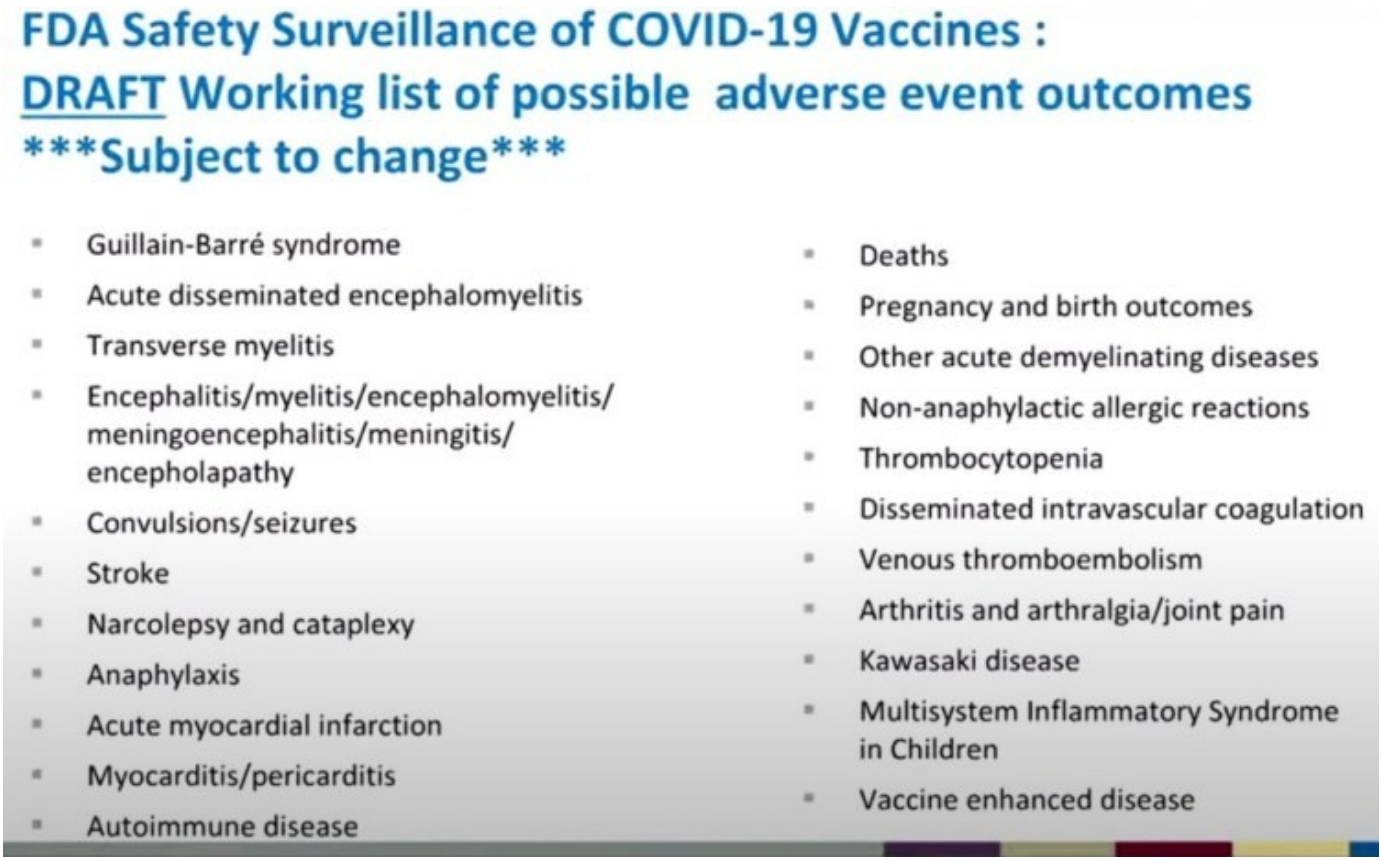
Das hier unten ist das Video und es ist so voreingestellt, dass man in dem ewiglangen acht-Stunden-Riemen an der richtigen Stelle startet. Man muss genau bei 02:33:40 stoppen, um die versehentlich eingeblendete und sofort wieder weggeblendete Liste zu sehen.

Sie haben es schnellstens wieder weggeschaltet – oder beim Rausschneiden doch ein Fitzelchen übersehen – das sollte wohl niemand sehen. Das ist eine lange, lange Liste möglicher, schwerer und schwerster Nebenwirkung der Impfungen von Autoimmunerkrankungen und Myokarditis (das ist eine Herzmuskelentzündung und genau das, was jetzt ziemlich viele Geimpfte bekommen, insbesondere junge Männer) bishin zum Tod. Und das wussten die Verantwortlichen alles schon am 22. Oktober 20, also bevor die Impfungen überhaupt anfingen. Sie wussten ganz genau, was sie den Menschen antun.

Hier der Screenshot bei genau 02:33:40, es ist nur ein Sekundenbruchteil und schwer zu erwischen. Das ist der Screen, den man sieht:



Und das ist der Ausschnitt daraus mit den Nebenwirkungen:



Um das nochmal auf Deutsch aufzuzählen und zu erklären:

Guillain Barre-Syndrom (Eine schwere Autoimmunkrankheit)

Akute disseminierte Enzephaloymelitis (Akute Entzündung des Zentralnervensystems incl. Gehirn)

Transverse Myelitis (Entzündung des Rückenmarks)

Enzephalitis/Myelitis/ (Entzündung des Gehirns – unbehandelt oft tödlich – oder Entzündung des Knochenmarks)

Enzephalomyelitis/ (Entzündung von Gehirn UND Knochenmark)

Meningoenzephalitis/ (Entzündung von Gehirn und Hirnhäuten, schwere Gehirnschädigungen möglich)

Meningitis/Enzepholaphathie (Hirnhautentzündung, kann zum Tod führen)

Krämpfe/Anfälle

Schlaganfall

Narkolepsie und Kataplexie

Anaphylaxie (allergischer Schock, kann tödlich enden, ist öfter bei der Impfung vorgekommen)

Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Myokarditis/Perikarditis (Herzmuskelentzündung / Herzbeutelentzündung)

Autoimmunerkrankung

Todesfälle

Unerwünschte Schwangerschaft und Geburtsergebnisse (d.h. Fehlgeburten, Abgänge des Embryos, Totgeburten)

Andere akute demyelinisierende Erkrankungen (akute Schädigungen des Nervensystems)

Nicht-anaphylaktische allergische Reaktionen

Thrombozytopenie (zuwenig Thrombozyten im Blut, es kann nicht mehr gerinnen und man kann innerlich verblute)

Disseminierte intravasale Koagulopathie (Eine Gerinnungsstörung, bei der fast alle Thrombozyten und andere Gerinnungskörperchen im Blut verbraucht werden, dass nachher nichts mehr davon da ist und man ebenfalls innerlich verbluten kann)

Venöse Thromboembolie (ein Blutklumpen in einer Vene, der, wenn er in die Lunge oder das Herz kommt, zum Tode führen kann)

Arthritis und Arthralgie/Gelenkschmerzen (Gelenkentzündung und Gelenkschmerzen)

Kawasaki-Krankheit (fieberhafte Entzündung der kleinen und mittleren Arterien und mehrerer Organe)

Multisystemisches Inflammatorisches Syndrom bei Kindern (der gesamte Körper des Kindes reagiert mit einer schweren Entzündung nach einer Infektionen, auch in seltenen Fällen nach Covid-Infektionen. Die Impfung kann also zu demselben Ergebnis führen)

Impfverstärkte Krankheit (bestehende Krankheiten werden verschärft)

Noch einmal: Diese Sitzung stammt aus dem Oktober 2020. Man wusste damals schon, welche brutalen Nebenwirkung diese sogenannten „Impfungen“ haben werden. Und trotzdem drückt man die „Impfung“, die eigentlich eine Gentherapie ist, trotz all dem durch und verschweigt diese teilweise tödlichen Nebenwirkungen, um die Menschheit auf der ganzen Welt voll Vertrauen auf die Behörden da hineinlaufen zu lassen. Genau wissend, dass diese Krankheiten dann nicht mehr zu heilen sind, weil diese mRNA dann bereits ein Teil des eigenen Genoms der Menschen geworden ist. Einmal im Körper, ist diese mRNA nicht mehr zu entfernen, sie produziert weiter diese Spikes, die überall in unseren Körper hinwandern und all diese Krankheiten auslösen können. Unfassbar.

Die Behörden und Regierungen können nicht mehr behaupten, sie hätten das alles nicht gewusst.

Die FDA in den USA ist die Behörde für die Sicherheit der Lebensmittel und Medikamente …

https://www.schildverlag.de/2021/07/31/ein-meeting-der-fda-enthuellte-versehentlich-eine-ellenlange-liste-schwerer-impf-nebenwirkungen/
Sie wussten es vorher: Ein Meeting der FDA enthüllte versehentlich eine ellenlange Liste schwerer Impf-Nebenwirkungen

Detektiv Internet sollte man nicht unterschätzen. Millionen Menschen auf der Welt sind Rechercheure und hier ist wieder einmal ein Ergebnis der Schwarmintelligenz. Irgendeiner findet’s immer und weiß, was er da gefunden hat. Es gibt ein Video im Netz von einem Treffen der FDA. Das findet man auf Youtube auf dem offiziellen Kanal der FDA (Food and Drug Administraton), die Behörde, die für Arzneimittel und Ernährung in den USA verantwortlich ist.

Jemand hat am 29. Juli 2021 das entdeckt und den Fund getwittert und jetzt verbreitet er sich in in die Welt. Lest es und verbreitet es weiter. Sie habe alles schon damals gewusst, bevor sie die Impfung mit einer Notzulassung auf die Menschheit losgelassen haben:
Unter dem Video steht als Text:
Am 22. Oktober 2020 findet eine öffentliche Sitzung des Beratungsausschusses für Impfstoffe und verwandte biologische Produkte statt, um die allgemeine Frage der Entwicklung, Zulassung und/oder Zulassung von Impfstoffen zur Prävention von COVID-19 zu erörtern. Seien Sie hier um 10 Uhr morgens live dabei!
Das hier unten ist das Video und es ist so voreingestellt, dass man in dem ewiglangen acht-Stunden-Riemen an der richtigen Stelle startet. Man muss genau bei 02:33:40 stoppen, um die versehentlich eingeblendete und sofort wieder weggeblendete Liste zu sehen.

Sie haben es schnellstens wieder weggeschaltet – oder beim Rausschneiden doch ein Fitzelchen übersehen – das sollte wohl niemand sehen. Das ist eine lange, lange Liste möglicher, schwerer und schwerster Nebenwirkung der Impfungen von Autoimmunerkrankungen und Myokarditis (das ist eine Herzmuskelentzündung und genau das, was jetzt ziemlich viele Geimpfte bekommen, insbesondere junge Männer) bis hin zum Tod. Und das wussten die Verantwortlichen alles schon am 22. Oktober 20, also bevor die Impfungen überhaupt anfingen. Sie wussten ganz genau, was sie den Menschen antun.

Um das nochmal auf Deutsch aufzuzählen und zu erklären:
?? Guillain Barre-Syndrom (Eine schwere Autoimmunkrankheit)
?? Akute disseminierte Enzephaloymelitis (Akute Entzündung des Zentralnervensystems incl. Gehirn)
?? Transverse Myelitis (Entzündung des Rückenmarks)
?? Enzephalitis/Myelitis/ (Entzündung des Gehirns – unbehandelt oft tödlich – oder Entzündung des Knochenmarks)
?? Enzephalomyelitis/ (Entzündung von Gehirn UND Knochenmark)
?? Meningoenzephalitis/ (Entzündung von Gehirn und Hirnhäuten, schwere Gehirnschädigungen möglich)
?? Meningitis/Enzepholaphathie (Hirnhautentzündung, kann zum Tod führen)
?? Krämpfe/Anfälle
?? Schlaganfall
?? Narkolepsie und Kataplexie
?? Anaphylaxie (allergischer Schock, kann tödlich enden, ist öfter bei der Impfung vorgekommen)
?? Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
?? Myokarditis/Perikarditis (Herzmuskelentzündung / Herzbeutelentzündung)
?? Autoimmunerkrankung
?? Todesfälle
?? Unerwünschte Schwangerschaft und Geburtsergebnisse (d.h. Fehlgeburten, Abgänge des Embryos, Totgeburten)

?? Andere akute demyelinisierende Erkrankungen (akute Schädigungen des Nervensystems)
?? Nicht-anaphylaktische allergische Reaktionen
?? Thrombozytopenie (zuwenig Thrombozyten im Blut, es kann nicht mehr gerinnen und man kann innerlich verblute)
?? Disseminierte intravasale Koagulopathie (Eine Gerinnungsstörung, bei der fast alle Thrombozyten und andere Gerinnungskörperchen im Blut verbraucht werden, dass nachher nichts mehr davon da ist und man ebenfalls innerlich verbluten kann)
?? Venöse Thromboembolie (ein Blutklumpen in einer Vene, der, wenn er in die Lunge oder das Herz kommt, zum Tode führen kann)
?? Arthritis und Arthralgie/Gelenkschmerzen (Gelenkentzündung und Gelenkschmerzen)
?? Kawasaki-Krankheit (fieberhafte Entzündung der kleinen und mittleren Arterien und mehrerer Organe)
?? Multisystemisches Inflammatorisches Syndrom bei Kindern (der gesamte Körper des Kindes reagiert mit einer schweren Entzündung nach einer Infektionen, auch in seltenen Fällen nach Covid-Infektionen. Die Impfung kann also zu demselben Ergebnis führen)
?? Impfverstärkte Krankheit (bestehende Krankheiten werden verschärft)
Noch einmal: Diese Sitzung stammt aus dem Oktober 2020. Man wusste damals schon, welche brutalen Nebenwirkung diese sogenannten „Impfungen“ haben werden. Und trotzdem drückt man die „Impfung“, die eigentlich eine Gentherapie ist, trotz all dem durch und verschweigt diese teilweise tödlichen Nebenwirkungen, um die Menschheit auf der ganzen Welt voll Vertrauen auf die Behörden da hineinlaufen zu lassen. Genau wissend, dass diese Krankheiten dann nicht mehr zu heilen sind, weil diese mRNA dann bereits ein Teil des eigenen Genoms der Menschen geworden ist. Einmal im Körper, ist diese mRNA nicht mehr zu entfernen, sie produziert weiter diese Spikes, die überall in unseren Körper hinwandern und all diese Krankheiten auslösen können. Unfassbar.
Die Behörden und Regierungen können nicht mehr behaupten, sie hätten das alles nicht gewusst.

Quelle 3

Todesfälle und schwerwiegende Nebenwirkungen nach Covid-19-Impfungen in Europa

Die vorliegende Auswertung zeigt Verdachtsmeldungen von Covid-19-Impfreaktionen für den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Die Meldungen werden von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) in der frei zugänglichen EudraVigilance-Datenbank veröffentlicht [1]. Die Fallmeldungen erfolgen freiwillig und unterliegen mutmaßlich einer starken Untererfassung [2]. Erläuterungen und Detailbericht unter [3]. Die Daten der Impfung sind von European Centre for Disease Prevention and Control [4][5]. Datenstand ist der 12.11.2021.

In der gesamten EudraVigilance-Datenbank sind 1.161.944 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen gemeldet. 17.585 Menschen sind an oder im Zusammenhang mit der COVID-19-Impfung gestorben. Die folgenden Angaben und Grafiken beziehen sich ausschließlich auf den Europäischen Wirtschaftsraum.

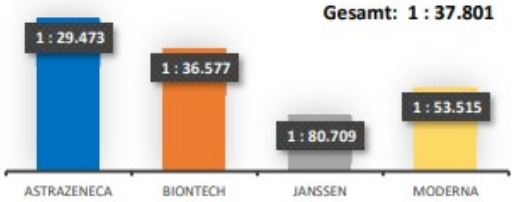
Bevölkerung[6]	Gemeldete Nebenwirkungen	Betroffene Personen	Nebenwirkungen pro Person	Erstimpfung	Vollständig geimpft
443.320.851	2.783.935	797.878	Ø 3	295.617.493	259.742.818

	Schwerwiegende Fälle	Todesfälle
Erwachsene bis 64 Jahre	135.106	1.619
Ab 65 Jahre	41.124	5.839
Unter 18 Jahren	3.098	34
Unbekannt	6.394	327
Gesamt	**185.722**	**7.819**

Auftrittswahrscheinlichkeit pro geimpfte Person*

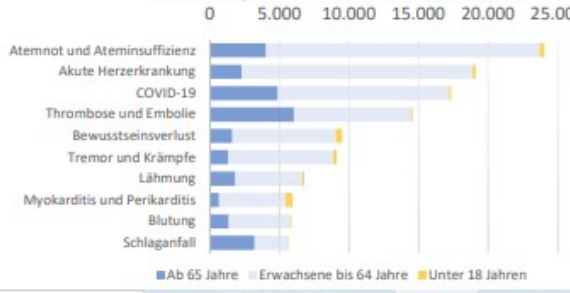
Impfungen und Todesfälle pro Kalenderwoche

Todesrate in Bezug auf die Impfstoffe*

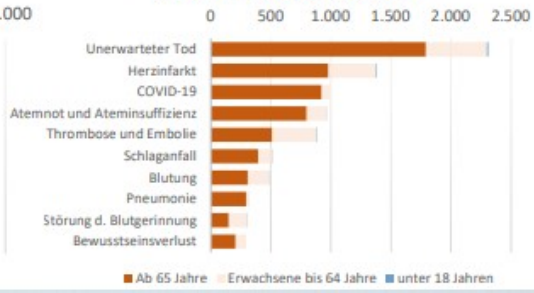


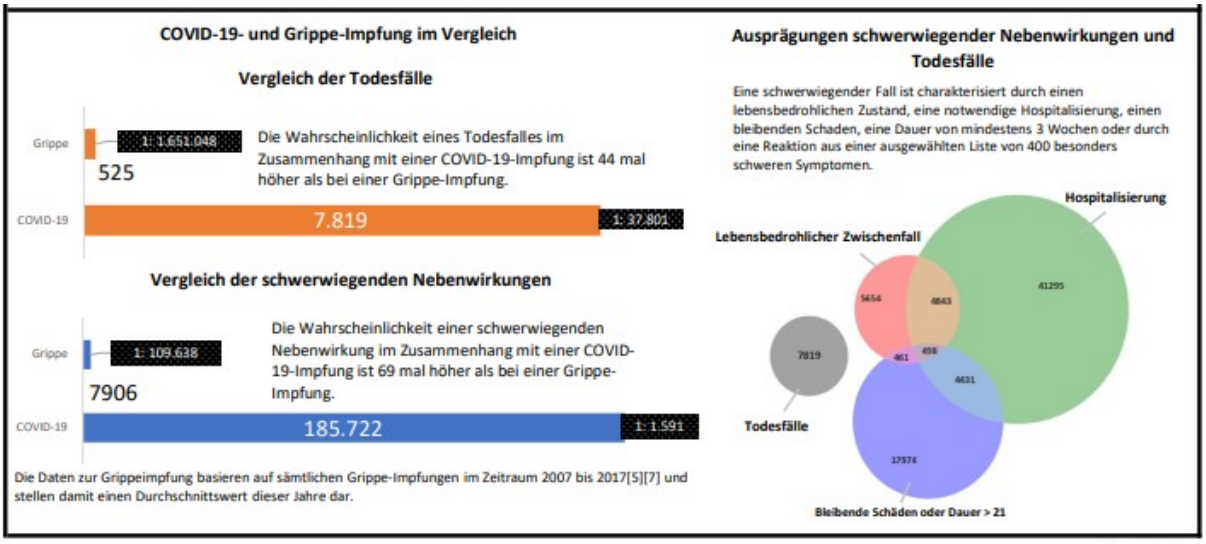
*Da von einer durchschnittlichen Meldedauer von 8 Wochen auszugehen ist, beziehen sich die Daten auf die Anzahl der Erstimpfungen bis zum 19.09.2021.

Schwerwiegende Fälle nach Krankheitsbildern



Todesfälle nach Krankheitsbildern





Quelle 4

Bisher noch nicht erfasst welche Patienten auf Intensivstationen geimpft und nicht geimpft sind

Quelle:"Bisher noch nicht erfasst, welche Patienten auf Intensivstationen geimpft und nicht geimpft sind" - reitschuster.de

Wurden wir betrogen?

- **VERÖFFENTLICHT AM 26. Nov 2021**
- **153 Kommentare**

Hier sehen Sie alle Zitate im Video.

Auszug aus dem Stenografischen Protokoll 20/2 des Hauptausschusses des Deutschen Bundestags vom 15.11.2021:

Abgeordneter Martin Sichert (AfD):

Meine erste Frage geht an Professor Marx von der DIVI. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme: 1 662 Patienten sind mit Covid-19 letzte Woche in den Intensivstationen aufgenommen worden. Nun hört man aus Bayern und

anderen Bundesländern, dass ein großer Teil der Intensivpatienten geimpft sei. Frage an Sie, Herr Professor Marx: Wissen Sie, wie viele der 1 662 Patienten geimpft bzw. ungeimpft waren?

Prof. Dr. Gernot Marx. Der Arzt ist seit Anfang 2021 gewählter Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die wiederum das Intensivregister erstellt:

Vielen Dank für die Frage. Diese Frage kann ich leider nicht beantworten, weil wir bisher noch nicht erfasst haben, welche Patienten auf den Intensivstationen geimpft und welche nicht geimpft sind. Die Frage ist richtig und wichtig. Wir haben als DIVI gemeinsam mit dem RKI jetzt auch entsprechende Vorbereitungen getroffen, diese wichtigen Informationen sehr schnell zu erfassen. Wir haben sie aber noch nicht zur Hand. Von daher kann ich die Frage leider nicht beantworten.

Und nun Aussagen der Bundesregierung:

Wenn wir uns aber die Situation in den Krankenhäusern und insbesondere den Intensivstationen ansehen, dann sehen wir dort natürlich ein gehäuftes Auftreten von Ungeimpften, und das ist überproportional groß.

Spahn-Sprecher Sebastian Gülde auf der Bundespressekonferenz vom 17.11.2021 auf Frage von mir.

Die allermeisten derjenigen, die jetzt schwer an Corona leiden und deswegen im Krankenhaus auf den Intensivstationen liegen, sind ungeimpft.

Merkels Sprecher Steffen Seibert auf der Bundespressekonferenz vom 8.11.2021

Wir hatten Herrn Reitschuster, bezogen auf die Frage der Erfassung des Impfstatus bei Einweisung in Intensivstationen, Informationen geliefert. Das wird erfasst. Das hat auch Herr Professor Wieler hier am Mittwoch gesagt.

Spahn-Sprecher Oliver Ewald auf der Bundespressekonferenz vom 5.11.2021.

Ich muss offen gestehen: Ich verstehe die Frage nicht. Ich habe zwar eine Idee, was Herr Reitschuster meinen könnte … Je nachdem, welche Symptomatik als Hauptsymptomatik vermerkt wird, können unterschiedliche Dinge eine Rolle spielen. Ich glaube, dass Herr Reitschuster das als „an oder mit Corona“ missversteht.

Spahn-Sprecher Sebastian Gülde auf der Bundespressekonferenz vom 3.11.2021 auf folgende Frage von mir: „Dem RKI wird vorgeworfen, die Prozentzahlen der Ungeimpften auf Intensivstationen seien irreführend, weil Geimpfte nicht oder nicht so oft getestet würden und zudem angeblich nur dann als Coronapatienten gezählt würden, wenn sie wegen und nicht nur mit COVID-19 behandelt würden. Trifft das zu?“.

Möglicherweise überzeugt es ja auch noch den einen oder anderen, dass sich jetzt auf den Intensivstationen unter den COVID-19-Patienten überwiegend Menschen finden, die nicht geimpft sind, sodass also sehr deutlich und augenfällig wird, dass eine Impfung schützen kann bzw. eine Nichtimpfung zu einer Hospitalisierung mit Behandlung auf der Intensivstation führen kann.

Merkels Sprecher Martina Fietz auf der Bundespressekonferenz vom 29.10.2021.

Wir haben immer noch eine gewisse Quote an nicht Geimpften. Das sind auch diejenigen, die derzeit wieder die Intensivstationen belegen

Spahn-Sprecher Sebastian Gülde auf der Bundespressekonferenz vom 27.10.2021 auf folgende Frage von mir: „Bisher gab es trotz Corona nach den Worten des BMG nie eine Überlastung des Gesundheitssystems, schreibt es, also auch, als noch keine Impfung verfügbar war. Nun ist die Mehrheit geimpft. Warum droht heute eine Überlastung, mit der die Maßnahmen ja begründet werden?“

Zur Erinnerung nochmal die anfangs zitierte Antwort von Prof. Dr. Marx im Hauptausschuss des Bundestages auf die Frage, wie viele Corona-Patienten auf den Intensivstationen geimpft sind:

Diese Frage kann ich leider nicht beantworten, weil wir bisher noch nicht erfasst haben, welche Patienten auf den Intensivstationen geimpft und welche nicht geimpft sind. Die Frage ist richtig und wichtig. Wir haben als DIVI gemeinsam mit dem RKI jetzt auch entsprechende Vorbereitungen

getroffen, diese wichtigen Informationen sehr schnell zu erfassen. Wir haben sie aber noch nicht zur Hand. Von daher kann ich die Frage leider nicht beantworten.

Quelle 5

Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic John P. A. Ioannidis

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33026101/

Die Sterblichkeit dieser Pandemie beläuft sich laut Prof. Ioannidis auf 0,15-0,2%, also 99,8% sind davon überhaupt nicht betroffen!

Zitat: „About 10% of the global population may be infected by October 2020. Global infection fatality rate is 0.15-0.20% (0.03-0.04% in those <70 years)“

Quelle 6

Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States

https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7

Anstieg von COVID-19 steht in 68 Ländern und 2947 Bezirken in den Vereinigten Staaten in keinem Zusammenhang mit dem Grad der Impfung

- S. V. Subramanian &
- Akhil Kumar

European Journal of Epidemiology (2021)Cite this article

https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7

- **439k** Accesses
- **10499** Altmetric
- Metricsdetails

Vaccines currently are the primary mitigation strategy to combat COVID-19 around the world. For instance, the narrative related to the ongoing surge of new cases in the United States (US) is argued to be driven by areas with low vaccination rates [1]. A similar narrative also has been observed in countries, such as Germany and the United Kingdom [2]. At the same time, Israel that was hailed for its swift and high rates of vaccination has also seen a substantial resurgence in COVID-19 cases [3]. We investigate the relationship between the percentage of population fully vaccinated and new COVID-19 cases across 68 countries and across 2947 counties in the US.

Impfstoffe sind derzeit die wichtigste Strategie zur Eindämmung von COVID-19 in der ganzen Welt. So wird beispielsweise behauptet, dass die anhaltende Welle neuer Fälle in den Vereinigten Staaten (USA) auf Gebiete mit niedrigen Impfraten zurückzuführen ist [1]. Ähnliches wurde auch in Ländern wie Deutschland und dem Vereinigten Königreich beobachtet [2]. Gleichzeitig ist in Israel, das für seine schnellen und hohen Impfraten gelobt wurde, ein erheblicher Anstieg der COVID-19-Fälle zu verzeichnen [3]. Wir untersuchen den Zusammenhang zwischen dem prozentualen Anteil der vollständig geimpften Bevölkerung und den neuen COVID-19-Fällen in 68 Ländern und in 2947 Bezirken in den USA.

Methods

We used COVID-19 data provided by the Our World in Data for cross-country analysis, available as of September 3, 2021 (Supplementary Table 1) [4]. We included 68 countries that met the following criteria: had second dose vaccine data available; had COVID-19 case data available; had population data available; and the last update of data was within 3 days prior to or on

September 3, 2021. For the 7 days preceding September 3, 2021 we computed the COVID-19 cases per 1 million people for each country as well as the percentage of population that is fully vaccinated.

For the county-level analysis in the US, we utilized the White House COVID-19 Team data [5], available as of September 2, 2021 (Supplementary Table 2). We excluded counties that did not report fully vaccinated population percentage data yielding 2947 counties for the analysis. We computed the number and percentages of counties that experienced an increase in COVID-19 cases by levels of the percentage of people fully vaccinated in each county. The percentage increase in COVID-19 cases was calculated based on the difference in cases from the last 7 days and the 7 days preceding them. For example, Los Angeles county in California had 18,171 cases in the last 7 days (August 26 to September 1) and 31,616 cases in the previous 7 days (August 19–25), so this county did not experience an increase of cases in our dataset. We provide a dashboard of the metrics used in this analysis that is updated automatically as new data is made available by the White House COVID-19 Team (https://tiny.cc/USDashboard).

Methoden

Für die länderübergreifende Analyse wurden COVID-19-Daten verwendet, die von Our World in Data zur Verfügung gestellt wurden und am 3. September 2021 verfügbar waren (ergänzende Tabelle 1) [4]. Wir schlossen 68 Länder ein, die die folgenden Kriterien erfüllten: Daten zur zweiten Impfdosis waren verfügbar; COVID-19-Falldaten waren verfügbar; Bevölkerungsdaten waren verfügbar; und die letzte Aktualisierung der Daten lag innerhalb von 3 Tagen vor oder am 3. September 2021. Für die sieben Tage vor dem 3. September 2021 berechneten wir für jedes Land die COVID-19-Fälle pro 1 Million Einwohner sowie den prozentualen Anteil der Bevölkerung, der vollständig geimpft ist.

Für die Analyse auf Bezirksebene in den USA haben wir die Daten des COVID-19-Teams des Weißen Hauses [5] verwendet, die ab dem 2. September 2021 verfügbar waren (ergänzende Tabelle 2). Wir schlossen Bezirke aus, die keine Daten über den prozentualen Anteil der vollständig geimpften Bevölkerung meldeten, so dass 2947 Bezirke für die Analyse zur Verfügung standen. Wir berechneten die Anzahl und den prozentualen Anteil der Landkreise, in denen ein Anstieg der COVID-19-Fälle zu verzeichnen war, anhand des prozentualen Anteils der

vollständig geimpften Bevölkerung in jedem Landkreis. Der prozentuale Anstieg der COVID-19-Fälle wurde auf der Grundlage der Differenz zwischen den Fällen der letzten sieben Tage und denen der sieben Tage davor berechnet. Im Bezirk Los Angeles in Kalifornien beispielsweise gab es in den letzten sieben Tagen (26. August bis 1. September) 18 171 Fälle und in den sieben Tagen davor (19. bis 25. August) 31 616 Fälle, so dass dieser Bezirk in unserem Datensatz keinen Anstieg der Fälle verzeichnete. Wir stellen ein Dashboard mit den in dieser Analyse verwendeten Kennzahlen zur Verfügung, das automatisch aktualisiert wird, sobald neue Daten vom COVID-19-Team des Weißen Hauses zur Verfügung gestellt werden (https://tiny.cc/USDashboard).

Findings

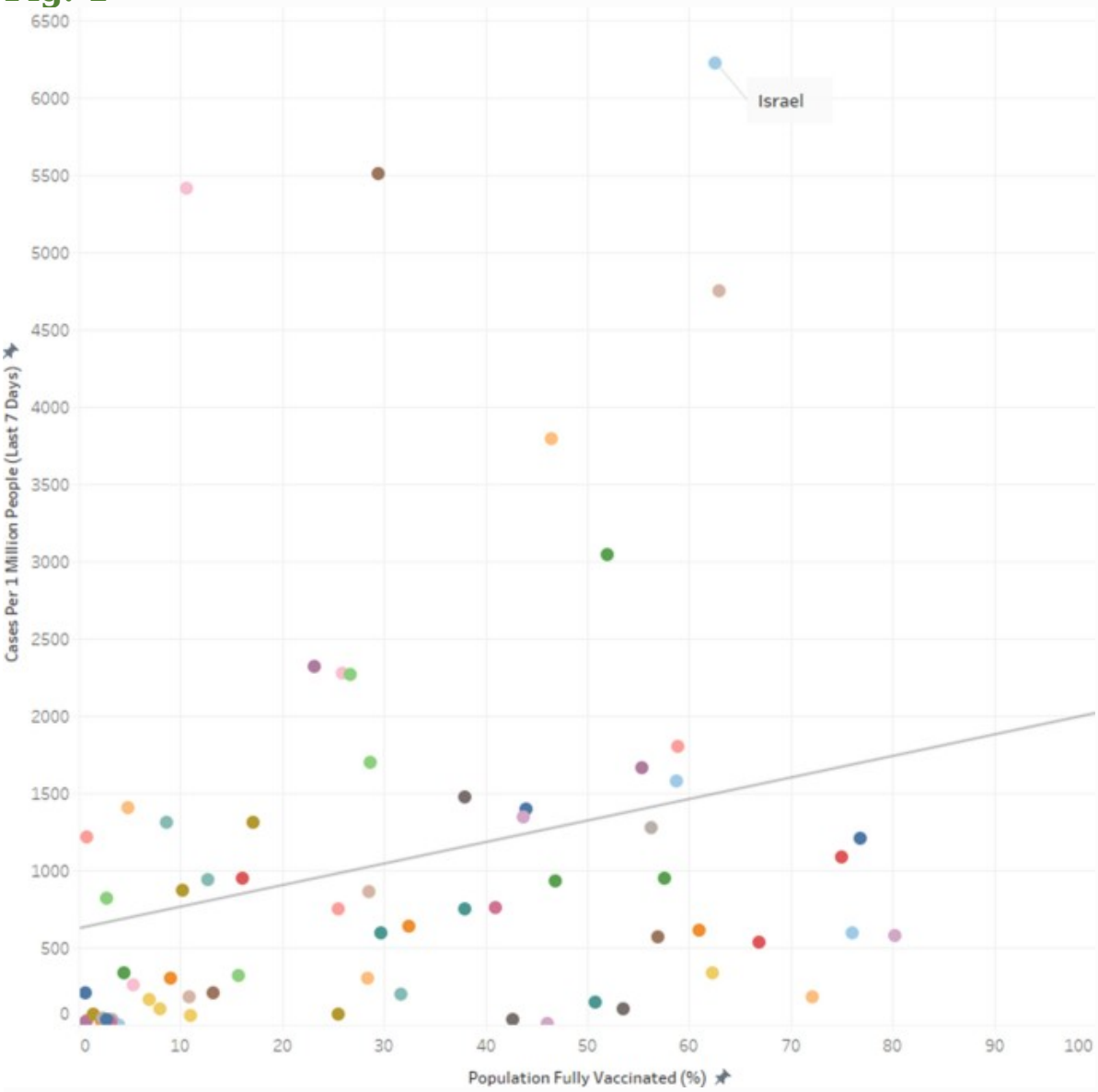
At the country-level, there appears to be no discernable relationship between percentage of population fully vaccinated and new COVID-19 cases in the last 7 days (Fig. 1). In fact, the trend line suggests a marginally positive association such that countries with higher percentage of population fully vaccinated have higher COVID-19 cases per 1 million people. Notably, Israel with over 60% of their population fully vaccinated had the highest COVID-19 cases per 1 million people in the last 7 days. The lack of a meaningful association between percentage population fully vaccinated and new COVID-19 cases is further exemplified, for instance, by comparison of Iceland and Portugal. Both countries have over 75% of their population fully vaccinated and have more COVID-19 cases per 1 million people than countries such as Vietnam and South Africa that have around 10% of their population fully vaccinated.

Ergebnisse

Auf Länderebene scheint es keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen dem Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung und den neuen COVID-19-Fällen in den letzten sieben Tagen zu geben (Abb. 1). Die Trendlinie deutet vielmehr auf einen geringfügig positiven Zusammenhang hin, d. h. Länder mit einem höheren Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung weisen mehr COVID-19-Fälle pro 1 Million Einwohner auf. Bemerkenswert ist, dass Israel mit einem Anteil von über 60 %

der Bevölkerung, die vollständig geimpft sind, in den letzten 7 Tagen die meisten COVID-19-Fälle pro 1 Million Einwohner aufwies. Das Fehlen eines aussagekräftigen Zusammenhangs zwischen dem prozentualen Anteil der vollständig geimpften Bevölkerung und den neuen COVID-19-Fällen wird beispielsweise durch einen Vergleich zwischen Island und Portugal verdeutlicht. In beiden Ländern sind über 75 % der Bevölkerung vollständig geimpft und es treten mehr COVID-19-Fälle pro 1 Million Einwohner auf als in Ländern wie Vietnam und Südafrika, in denen etwa 10 % der Bevölkerung vollständig geimpft sind.

Fig. 1



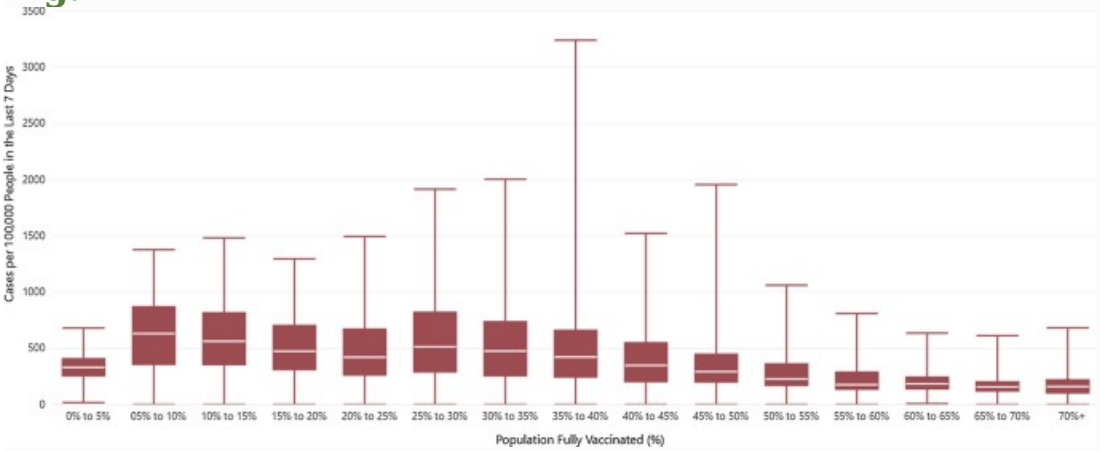
Relationship between cases per 1 million people (last 7 days) and percentage of population fully vaccinated across 68 countries as of September 3, 2021 (See Table S1 for the underlying data)

Verhältnis zwischen den Fällen pro 1 Million Menschen (in den letzten 7 Tagen) und dem Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung in 68 Ländern (Stand: 3. September 2021) (siehe Tabelle S1 für die zugrunde liegenden Daten)

Full size image

Across the US counties too, the median new COVID-19 cases per 100,000 people in the last 7 days is largely similar across the categories of percent population fully vaccinated (Fig. 2). Notably there is also substantial county variation in new COVID-19 cases *within* categories of percentage population fully vaccinated. There also appears to be no significant signaling of COVID-19 cases decreasing with higher percentages of population fully vaccinated (Fig. 3). Auch in den US-Bezirken ist der Median der neuen COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner in den letzten sieben Tagen in den Kategorien des prozentualen Anteils der vollständig geimpften Bevölkerung weitgehend ähnlich (Abb. 2). Bemerkenswert ist, dass es auch innerhalb der Kategorien des prozentualen Anteils der vollständig geimpften Bevölkerung erhebliche Unterschiede bei den neuen COVID-19-Fällen gibt. Es scheint auch keine signifikanten Anzeichen dafür zu geben, dass die COVID-19-Fälle mit einem höheren Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung abnehmen (Abb. 3).

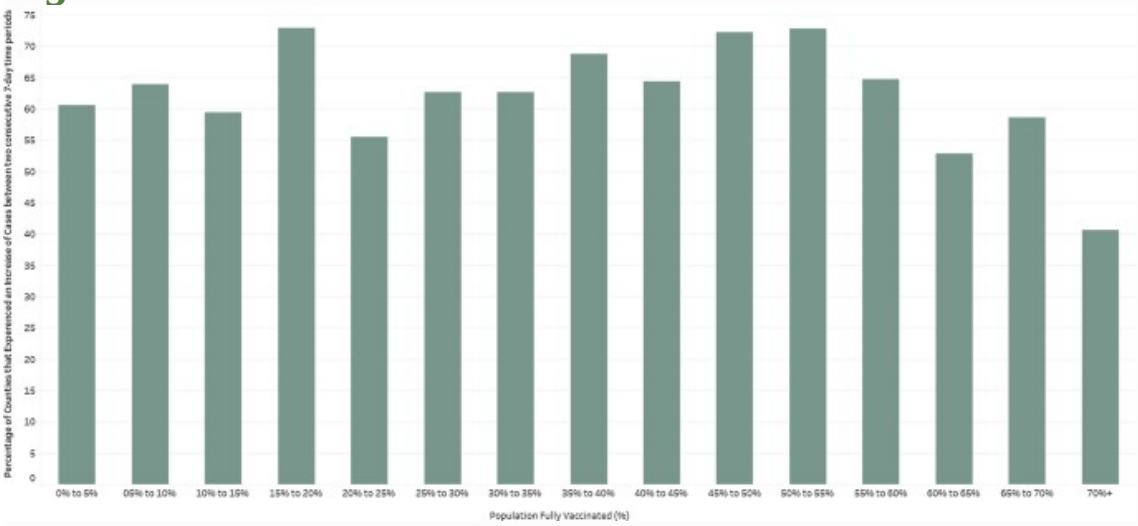
Fig. 2



Median, interquartile range and variation in cases per 100,000 people in the last 7 days across percentage of population fully vaccinated as of September 2, 2021 Median, Interquartilsbereich und Variation der Fälle pro 100.000 Personen in den letzten 7 Tagen über den Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung am 2. September 2021

Full size image

Fig. 3



Percentage of counties that experienced an increase of cases between two consecutive 7-day time periods by percentage of population fully vaccinated across 2947 counties as of September 2, 2021

Of the top 5 counties that have the highest percentage of population fully vaccinated (99.9–84.3%), the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) identifies 4 of them as “High” Transmission counties. Chattahoochee (Georgia), McKinley (New Mexico), and Arecibo (Puerto Rico) counties have above 90% of their population fully vaccinated with all three being classified as “High” transmission. Conversely, of the 57 counties that have been classified as “low” transmission counties by the CDC, 26.3% (15) have percentage of population fully vaccinated below 20%.

Since full immunity from the vaccine is believed to take about 2 weeks after the second dose, we conducted sensitivity analyses by using a 1-month lag on the percentage population fully vaccinated for countries and US counties. The above findings of no discernable association between COVID-19 cases and levels of fully vaccinated was also observed when we considered a 1-month lag on the levels of fully vaccinated (Supplementary Figure 1, Supplementary Figure 2).

We should note that the COVID-19 case data is of confirmed cases, which is a function of both supply (e.g., variation in testing capacities or reporting practices) and demand-side (e.g., variation in people’s decision on when to get tested) factors.

Prozentualer Anteil der Landkreise, in denen es zwischen zwei aufeinanderfolgenden 7-Tage-Zeiträumen zu einem Anstieg der Fälle kam, nach dem Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung in 2947 Landkreisen (Stand: 2. September 2021)

Von den fünf Bezirken mit dem höchsten Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung (99,9-84,3 %) werden vier von den US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) als Bezirke mit hoher" Übertragung eingestuft. In den Bezirken Chattahoochee (Georgia), McKinley (New Mexico) und Arecibo (Puerto Rico) sind über 90 % der Bevölkerung vollständig geimpft, und alle drei werden als "hohe" Übertragung eingestuft. Umgekehrt sind von den 57 Bezirken, die von der CDC als Bezirke mit "niedriger" Übertragung eingestuft wurden, 26,3 % (15) der Bevölkerung zu weniger als 20 % geimpft.

Da davon ausgegangen wird, dass die vollständige Immunität durch den Impfstoff erst etwa zwei Wochen nach der zweiten Dosis eintritt, haben wir Sensitivitätsanalysen durchgeführt, bei denen wir den Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung für die Länder und die US-Bezirke mit einer Verzögerung von einem Monat angesetzt haben. Die oben genannten Ergebnisse, dass es keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen den COVID-19-Fällen und dem Anteil der vollständig Geimpften gibt, wurden auch beobachtet, wenn wir eine Verzögerung von einem Monat beim Anteil der vollständig Geimpften berücksichtigten (ergänzende Abbildung 1, ergänzende Abbildung 2).

Es ist zu beachten, dass es sich bei den COVID-19-Falldaten um bestätigte Fälle handelt, die sowohl von angebotsseitigen (z. B. Schwankungen bei den Testkapazitäten oder der Meldepraxis) als auch von nachfrageseitigen Faktoren (z. B. Schwankungen bei der Entscheidung der Menschen, wann sie sich testen lassen) abhängen.

Interpretation

The sole reliance on vaccination as a primary strategy to mitigate COVID-19 and its adverse consequences needs to be re-examined, especially considering the Delta (B.1.617.2) variant and the likelihood of future variants. Other pharmacological and non-pharmacological interventions may need to be put in place alongside increasing vaccination rates. Such course correction, especially with regards to the policy narrative, becomes

paramount with emerging scientific evidence on real world effectiveness of the vaccines.

For instance, in a report released from the Ministry of Health in Israel, the effectiveness of 2 doses of the BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) vaccine against preventing COVID-19 infection was reported to be 39% [6], substantially lower than the trial efficacy of 96% [7]. It is also emerging that immunity derived from the Pfizer-BioNTech vaccine may not be as strong as immunity acquired through recovery from the COVID-19 virus [8]. A substantial decline in immunity from mRNA vaccines 6-months post immunization has also been reported [9]. Even though vaccinations offers protection to individuals against severe hospitalization and death, the CDC reported an increase from 0.01 to 9% and 0 to 15.1% (between January to May 2021) in the rates of hospitalizations and deaths, respectively, amongst the fully vaccinated [10].

In summary, even as efforts should be made to encourage populations to get vaccinated it should be done so with humility and respect. Stigmatizing populations can do more harm than good. Importantly, other non-pharmacological prevention efforts (e.g., the importance of basic public health hygiene with regards to maintaining safe distance or handwashing, promoting better frequent and cheaper forms of testing) needs to be renewed in order to strike the balance of learning to live with COVID-19 in the same manner we continue to live a 100 years later with various seasonal alterations of the 1918 Influenza virus.

Der alleinige Rückgriff auf die Impfung als primäre Strategie zur Eindämmung von COVID-19 und seiner negativen Folgen muss überdacht werden, insbesondere in Anbetracht der Delta-Variante (B.1.617.2) und der Wahrscheinlichkeit künftiger Varianten. Möglicherweise müssen neben der Erhöhung der Impfraten auch andere pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen ergriffen werden. Eine solche Kurskorrektur, vor allem im Hinblick auf die politische Argumentation, ist angesichts der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die tatsächliche Wirksamkeit der Impfstoffe von größter Bedeutung.

So wurde in einem Bericht des israelischen Gesundheitsministeriums die Wirksamkeit von zwei Dosen des Impfstoffs BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) zur Verhinderung einer COVID-19-Infektion mit 39 % angegeben [6], was deutlich unter der in der Studie ermittelten Wirksamkeit von 96 % liegt [7].

Außerdem zeichnet sich ab, dass die durch den Impfstoff von Pfizer-BioNTech erzeugte Immunität möglicherweise nicht so stark ist wie die durch die Wiederherstellung des COVID-19-Virus erworbene Immunität [8]. Auch bei mRNA-Impfstoffen wurde ein erheblicher Rückgang der Immunität 6 Monate nach der Immunisierung festgestellt [9]. Obwohl die Impfung einen Schutz vor schweren Krankenhauseinweisungen und Todesfällen bietet, meldete die CDC einen Anstieg der Krankenhauseinweisungen und Todesfälle von 0,01 auf 9 % bzw. von 0 auf 15,1 % (zwischen Januar und Mai 2021) bei den vollständig Geimpften [10].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass trotz aller Bemühungen, die Bevölkerung zur Impfung zu ermutigen, dies mit Bescheidenheit und Respekt geschehen sollte. Die Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppen kann mehr schaden als nützen. Wichtig ist, dass andere, nicht-pharmakologische Präventionsmaßnahmen (z. B. die Bedeutung grundlegender öffentlicher Gesundheitshygiene in Bezug auf die Einhaltung von Sicherheitsabständen oder das Händewaschen, die Förderung häufigerer und billigerer Formen von Tests) erneuert werden müssen, um ein Gleichgewicht zu finden, damit wir lernen, mit COVID-19 zu leben, so wie wir auch 100 Jahre später noch mit verschiedenen saisonalen Abwandlungen des Influenzavirus von 1918 leben.

References

1. 1.

   Vaccinations CDC. CDC COVID data tracker. Centers for Disease Control and Prevention.
   2021. https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccinations.

2. 2.

   Nicolas E. Germany mulls restrictions for unvaccinated as cases soar. EUobserver;
   2021. https://euobserver.com/coronavirus/152534.

3. 3.

Estrin D. Highly vaccinated Israel is seeing a dramatic surge in New COVID cases. Here's why. NPR; 2021. https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2021/08/20/1029628471/highly-vaccinated-israel-is-seeing-a-dramatic-surge-in-new-covid-cases-heres-why.

4. 4.

Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B, Giattino C, Appel C, Rodés-Guirao L, Roser M. Coronavirus pandemic (COVID-19). 2020. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: https://ourworldindata.org/coronavirus.

5. 5.

White House COVID-19 Team. COVID-19 community profile report. 2020. HealthData.gov. https://healthdata.gov/Health/COVID-19-Community-Profile-Report/gqxm-d9w9.

6. 6.

Ministry of Health Israel. Two-dose vaccination data. Government of Israel; 2021. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_two-dose-vaccination-data.pdf.

7. 7.

Thomas SJ, Moreira ED, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, Perez JL, et al. Six Month safety and efficacy of the BNT162b2 Mrna Covid-19 vaccine. MedRxiv. 2021. https://doi.org/10.1101/2021.07.28.21261159.

Article **PubMed** **PubMed Central** **Google Scholar**

8. 8.

Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, Cohen D, Muhsen K, Chodick G, Patalon T. Comparing sars-cov-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. MedRxiv. 2021. https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415.

Article **Google Scholar**

9. 9.

Canaday DH, Oyebanji OA, Keresztesy D, Payne M, Wilk D, Carias L, Aung H, Denis KS, Lam EC, Rowley CF, Berry SD, Cameron CM, Cameron MJ, Wilson B, Balazs AB, King CL, Gravenstein S. Significant reduction in humoral Immunity among healthcare workers and nursing home residents 6 months AFTER COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccination. MedRxiv. 2021. https://doi.org/10.1101/2021.08.15.21262067.

Article **PubMed** **PubMed Central** **Google Scholar**

10. 10.

McMorrow M. (rep.). Improving communications around vaccine breakthrough and vaccine effectiveness. 2021. Retrieved from https://context-cdn.washingtonpost.com/notes/prod/default/documents/8a726408-07bd-46bd-a945-3af0ae2f3c37/note/57c98604-3b54-44f0-8b44-b148d8f75165.

Download references

Author information

Affiliations

1. **Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, MA, USA**
   S. V. Subramanian

2. **Department of Social and Behavioral Sciences, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA**
   S. V. Subramanian

3. **Turner Fenton Secondary School, Brampton, ON, Canada**
Akhil Kumar

Quelle 7

Pandemie der Geimpften: Doppelt so viele Tote in am meisten geimpften Ländern

Bild: Fotomontage Wochenblick; Elemente: Freepik

Die Covid-19-Impfstoffe haben nicht nur weltweit in jeder Hinsicht versagt, sie erhöhen offenbar sogar die Infektions- und Sterblichkeitsraten. Je mehr geimpft wird, desto schlimmer wird beides. Die vielen gemeldeten Fälle schwerer Nebenwirkungen zeigen, dass die Gentechnikspritzen nicht sicher sind. Die immer häufiger werdenden Fälle von Impfversagen, also Durchbruchsinfektionen, beweisen, dass sie auch nicht wirksam sind. Eine im „European Journal of Epidemiology“ erschienene Studie sowie die Analyse der Daten aus 185 Ländern zeigen: die meisten Corona-Infektionen und höchsten

Todesraten sind in den Ländern zu verzeichnen, in denen am meisten geimpft wurde.

- Europa laut WHO aktueller Corona-Hotspot
- Analyse von 185 Ländern zeigt: Impfungen erhöhen die Fallzahlen in durchgeimpften Ländern um das 3- bis 7-Fache
- Todesraten bei Impfweltmeistern um das 2-4-Fache erhöht
- Harvard-Studie zeigte ähnliches Ergebnis
- Medienberichte aus Schweden und der Türkei bestätigen Ergebnisse

Im Laufe des Oktobers habe es in Europa einen **Anstieg der Neuinfektionen um mehr als 55 Prozent** gegeben, erklärte der WHO-Regionaldirektor für Europa, Hans Kluge. In der letzen Woche seien 59 Prozent aller weltweiten Corona-Fälle und **48 Prozent der Covid-Todesfälle in Europa** zu verzeichnen gewesen. Eine umfassende Datenanalyse fördert zu Tage, warum das **durchgeimpfte Europa womöglich zum weltweiten Corona-Hotspot geworden.**

Analyse von 247 Millionen Corona-Fällen

Die **Daten** der Website „Our World in Data“ **zu 247 Millionen Covid-19-Fällen** vom Beginn der Pandemie bis zum 31. Oktober 2021 wurden analysiert. Es wurden **185 Länder,** für welche die Daten über die Impfraten, die zusammengerechneten bestätigten Fälle pro Million und die zusammengerechneten Todesfälle pro Million vorliegen, berücksichtigt.

Hier die Einteilung der Länder in verschiedenen Gruppen abhängig von der Impfrate. Die „Average Cases“ sind die durchschnittlichen positiven Fälle pro Million Einwohner. Unter „Average Deaths“ sind die durchschnittlichen Todesfälle pro Million angeführt.

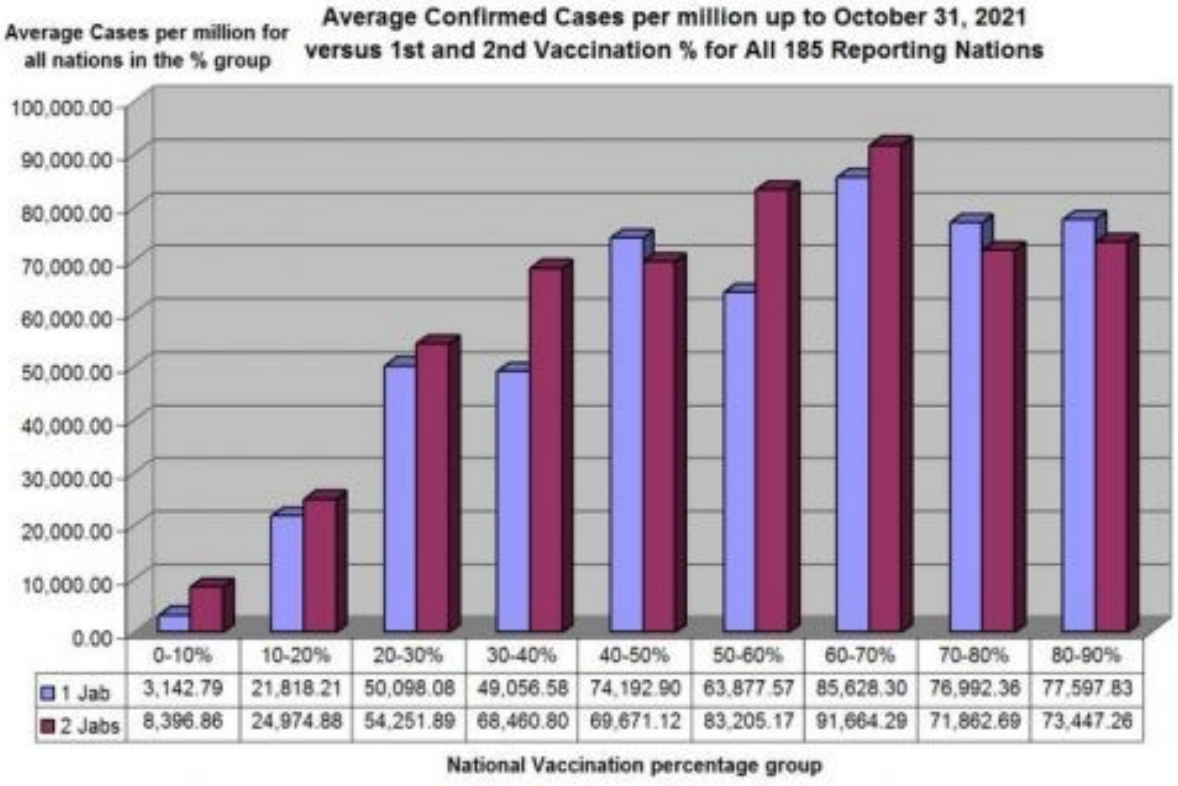
Group	Average Cases per million people	Average Deaths per million people	Nations with 1st Jab % in Group
0-10%	3,100.91	63.70	Burundi, Democratic Republic of Congo, South Sudan, Haiti, Chad, Yemen, Madagascar, Tanzania, Cameroon, Mali, Burkina Faso, Zambia, Benin, Niger, Papua New Guinea, Somalia, Sudan, Nigeria, Ethiopia, Sierra Leone, Syria, Malawi, Congo, Gabon, Guinea-Bissau, Afghanistan, Uganda, Liberia, Djibouti, Kenya, Central African Republic, Ghana, Senegal, Cote d'Ivoire, Mozambique, Gambia
10-20%	20,365.56	447.15	Togo, Guinea, Namibia, Angola, Iraq, Nicaragua, Algeria, Kyrgyzstan, Armenia, Egypt, Lesotho, Equatorial Guinea, Solomon Islands, Mauritania, Jamaica
20-30%	50,098.08	1,030.63	Bulgaria, Eswatini, Moldova, Vanuatu, Libya, Zimbabwe, Bosnia and Herzegovina, Myanmar, Ukraine, Saint Vincent and the Grenadines, Bangladesh, Philippines, Georgia, South Africa, Lebanon, Saint Lucia, Palestine, Tajikistan, Comoros, Rwanda, Botswana, Nepal, Guatemala, Belarus
30-40%	49,056.58	1,188.37	Pakistan, Bahamas, Grenada, Romania, Venezuela, Albania, Sao Tome and Principe, Russia, Jordan, Bolivia, Dominica, Honduras, Uzbekistan, North Macedonia
40-50%	69,829.58	1,427.86	Timor, Paraguay, Montenegro, Suriname, Indonesia, Kazakhstan, Laos, Trinidad and Tobago, Kiribati, Serbia, Slovakia, Tunisia, Croatia, Kosovo, Guyana, Saint Kitts and Nevis, Belize
50-60%	59,886.16	1,508.76	Azerbaijan, Barbados, Cape Verde, India, Poland, Peru, Asia, Antigua and Barbuda, Slovenia, Mexico, Vietnam, Samoa, Czechia, Colombia, Oman, Thailand
60-70%	85,628.30	1,164.47	Estonia, Hong Kong, Dominican Republic, Iran, Latvia, Kuwait, Hungary, Greece, Morocco, Turkey, Austria, Liechtenstein, Switzerland, United States, Ecuador, El Salvador, Bahrain, Lithuania, Cyprus, Monaco, Luxembourg, Mongolia, Panama, Saudi Arabia, Germany, Fiji
70-80%	78,680.04	1,030.27	Costa Rica, Andorra, Mauritius, Israel, Sri Lanka, Taiwan, Sweden, Maldives, United Kingdom, San Marino, Australia, Brazil, Argentina, Belgium, Bhutan, Netherlands, France, Finland, New Zealand, China, Ireland, Norway, Denmark, Italy, Japan, Malaysia, Canada, Uruguay
80-90%	77,597.83	821.84	South Korea, Qatar, Singapore, Cambodia, Spain, Seychelles, Iceland, Malta, Chile, Cuba, Portugal

Group	Average Cases per million people	Average Deaths per million people	Nations with 2nd Jab % in Group
0-10%	8,396.86	163.36	Democratic Republic of Congo, Haiti, Chad, South Sudan, Yemen, Guinea-Bissau, Cameroon, Madagascar, Uganda, Ethiopia, Papua New Guinea, Mali, Burkina Faso, Sudan, Sierra Leone, Nigeria, Tanzania, Niger, Benin, Somalia, Congo, Syria, Djibouti, Ghana, Zambia, Malawi, Kenya, Cote d'Ivoire, Gabon, Angola, Senegal, Afghanistan, Togo, Guinea, Nicaragua, Libya, Central African Republic, Liberia, Mozambique, Armenia, Egypt, Iraq, Gambia, Vanuatu, Namibia
10-20%	24,974.88	602.83	Myanmar, Algeria, Botswana, Kyrgyzstan, Bangladesh, Jamaica, Sao Tome and Principe, Mauritania, Equatorial Guinea, Rwanda, Bosnia and Herzegovina, Lesotho, Saint Vincent and the Grenadines, Ukraine, Zimbabwe, Uzbekistan, Pakistan, Guatemala, Comoros, Eswatini
20-30%	54,251.89	995.00	South Africa, Saint Lucia, Belarus, Kuwait, Venezuela, Moldova, Bulgaria, Tajikistan, Nepal, Lebanon, Georgia, India, Philippines, Vietnam, Palestine, Timor, Indonesia, Grenada, Honduras
30-40%	68,460.80	1,487.25	Guyana, Albania, Bahamas, Taiwan, Russia, Bolivia, Romania, Paraguay, Suriname, Jordan, Dominica, Belize, North Macedonia, Cape Verde, Laos, Tunisia, Montenegro, Iran, Kazakhstan
40-50%	69,671.12	1,573.02	Kosovo, Colombia, Thailand, Slovakia, Asia, Trinidad and Tobago, Azerbaijan, Barbados, Serbia, Croatia, Saint Kitts and Nevis, Peru, Mexico, Dominican Republic, Costa Rica
50-60%	83,205.17	1,494.73	Oman, Antigua and Barbuda, Poland, Latvia, Slovenia, Panama, Brazil, Ecuador, Czechia, Argentina, Turkey, United States, Brunei, Estonia, El Salvador, Morocco, Hong Kong, Monaco, Hungary, Fiji
60-70%	91,664.29	986.76	Saudi Arabia, Lithuania, Greece, Andorra, Sri Lanka, Austria, Luxembourg, Switzerland, Cuba, Cyprus, Liechtenstein, Australia, Mongolia, New Zealand, Israel, Bahrain, San Marino, Maldives, Germany, Bhutan, Mauritius, United Kingdom, Sweden, France, Norway, Netherlands, Finland
70-80%	71,862.69	940.78	Italy, Japan, Belgium, China, Canada, Malaysia, South Korea, Uruguay, Ireland, Qatar, Denmark, Cambodia, Seychelles, Chile, Singapore, Spain
80-90%	73,447.26	747.88	Iceland, Malta, United Arab Emirates, Portugal

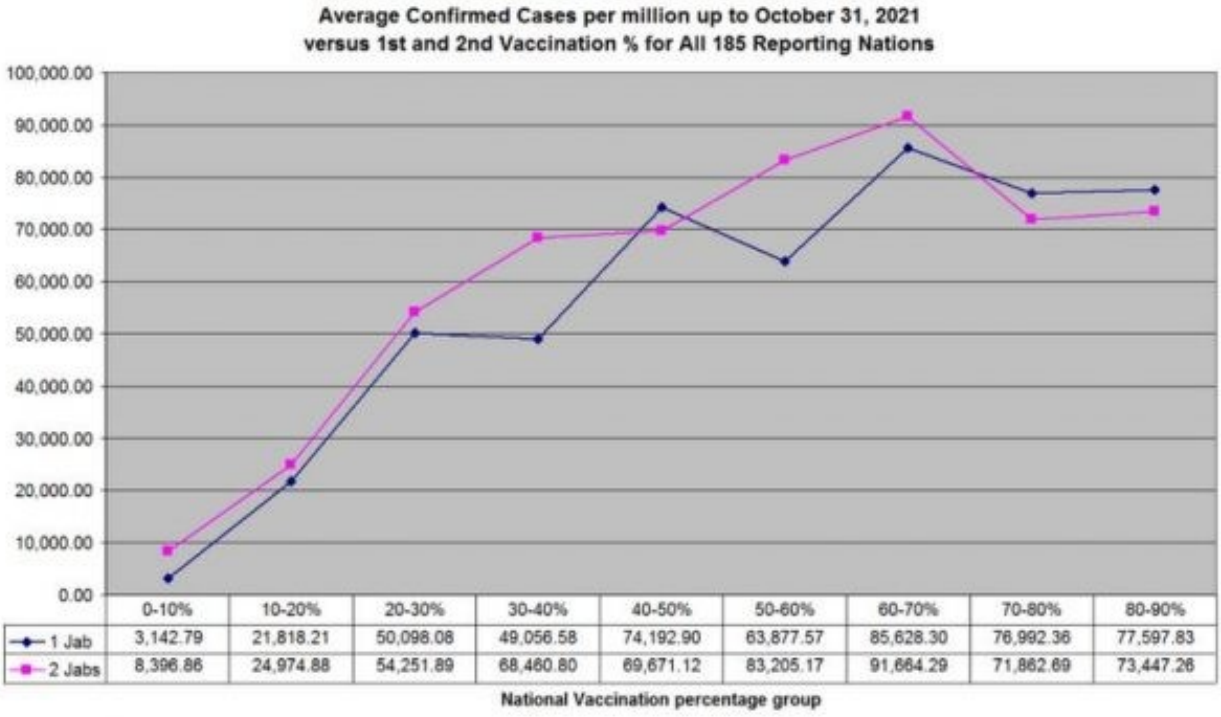
Fallzahlen bis zum Siebenfachen höher bei „Impfweltmeistern“

Die Abbildungen zeigen, dass die **Häufigkeit der Fälle beinahe linear mit dem Prozentsatz der Geimpften ansteigt**, und zwar mit einer **Rate von 800 Fällen pro Million pro zusätzlichem Prozentsatz Geimpfter**.

In Ländern mit **Impfquoten über 60 Prozent** sind die **Fallzahlen dreimal so hoch wie in solchen mit einer Impfquote unter 20 Prozent und siebenmal höher als in Ländern mit einer Impfrate unter 10 Prozent.**



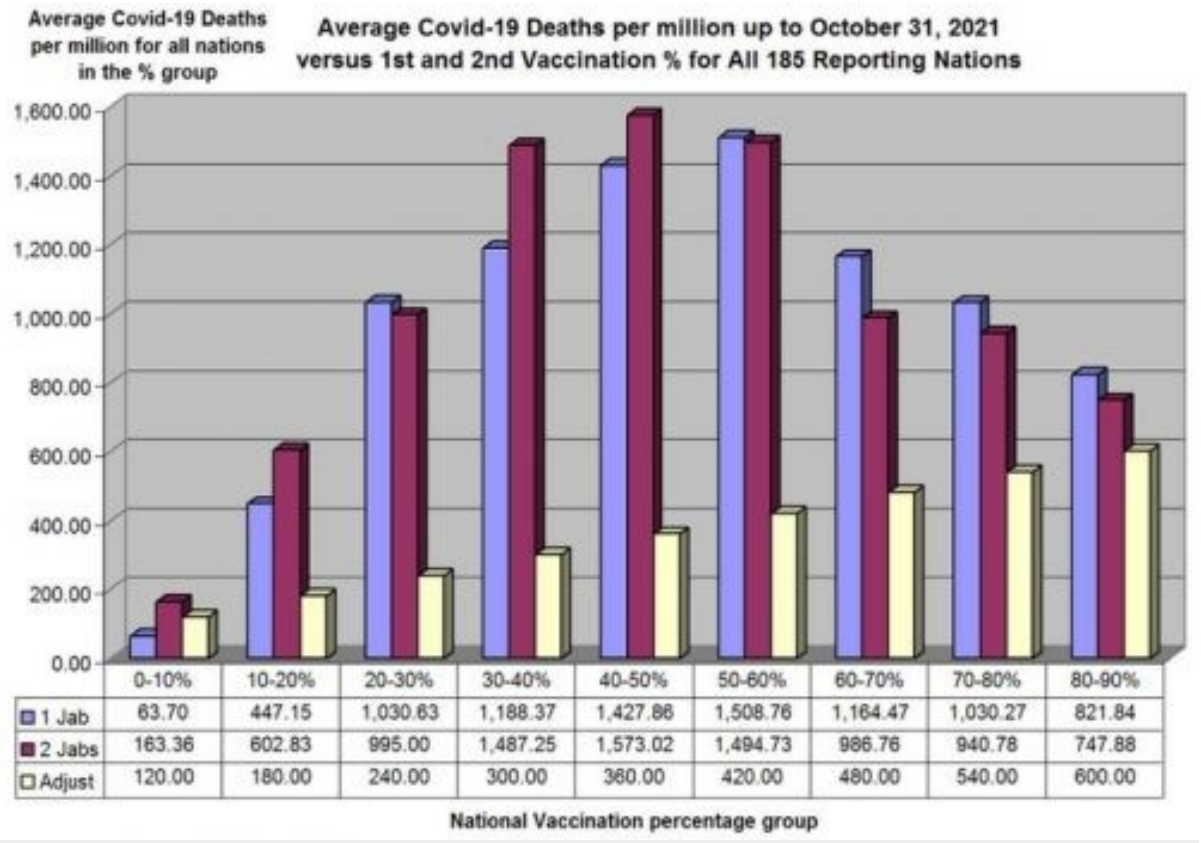
Durchschnittliche Zahl der Fälle pro Million Einwohner für alle 185 Länder.



Durchschnittliche Zahl der Fälle pro Million Einwohner.

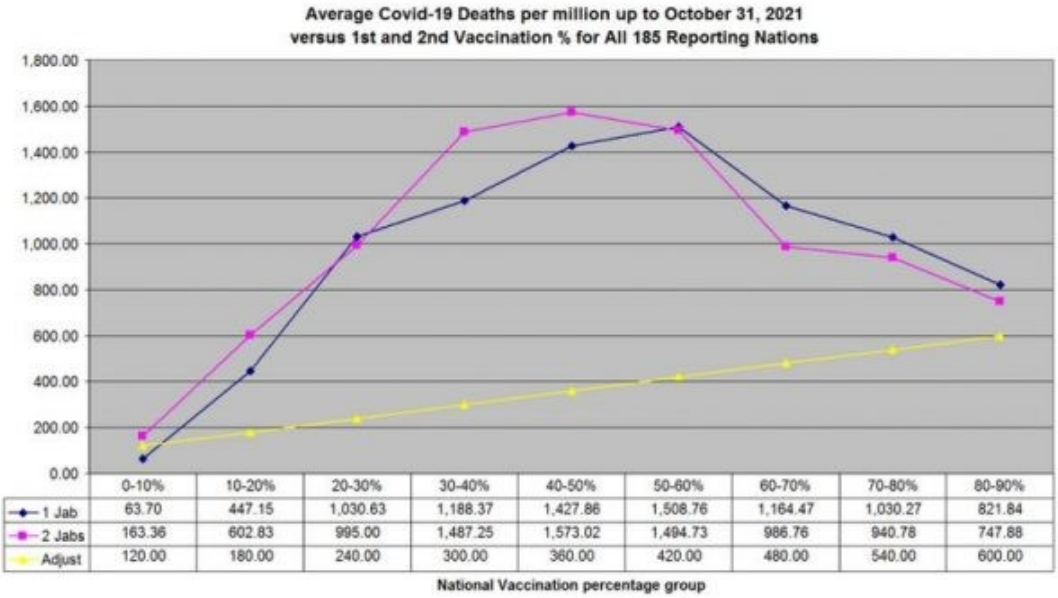
Doppelte Todesrate in durchgeimpften Ländern

Auffallend ist, dass **Länder mit hohen Impfraten (über 60 Prozent) eine doppelt so hohe Corona-Todesrate** aufweisen wie Staaten, in denen wenig geimpft wurde.



Durchschnittliche Zahl der Corona-Todesfälle pro Million Einwohner

Die **altersbereinigte Statistik verläuft geradlinig nach oben** (gelbe Linie): von rund 120 Todesfällen pro Million Einwohnern bei wenig geimpften Ländern auf bis zu 600 Todesfällen pro Million in fast durchgeimpften Ländern. **Pro Prozentpunkt mehr an Impfungen erhöht sich die Sterblichkeitsrate um rund sechs Todesfälle pro Million.**



Durchschnittliche Zahl der Corona-Todesfälle pro Million Einwohner

Infektionen und Todesfälle steigen mit Zahl der Impfungen

Die Schlussfolgerung aus den Daten, die bis zum 31. Oktober vorliegen, ist, dass die **Impfungen die Fallzahlen um das 3-7-Fache und die Todesraten durch Covid-19 um das 2-4-Fache erhöhen.** Zu berücksichtigen ist dabei, dass es sich hier um eine **vollständige Studie aller Fälle, die bisher in allen Ländern aufgetreten sind, handelt**. Es besteht eine massive positive Korrelation zwischen dem Prozentsatz der Impfungen und der Zahl der Infektionen und Todesfälle.

Der Vergleich zwischen dem zu 71 % geimpften Israel und dem zu 27 % geimpften Palästina ist besonders deutlich. Israel liegt bei den Fällen vor Palästina und auch über dem weltweiten Durchschnitt.

Harvard-Studie kommt zu ähnlichem Ergebnis

Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch **eine Studie der Universität Harvard,** die im „European Journal of Epidemiology“ veröffentlicht wurde. Diese stellte fest, dass **kein kausaler Zusammenhang zwischen Impfquote und Neuinfektionen festgestellt werden kann**. Hierfür

wurden 68 Nationen und 2.947 Bezirke in den USA untersucht. Es wurde gezeigt, dass die **Zahl der Corona-Infektionen in Ländern mit einer höheren Impfrate pro Million Einwohner sogar leicht anstieg.**

Auch in Schweden und der Türkei: mehr Impfung bringt mehr Infektionen

Hierzu passt auch ein Bericht der schwedischen Zeitung „Svenska Dagbladet“. Demnach waren in **Schweden im September 70 Prozent der Corona-Toten geimpft**. Ein Bericht der Zeitung „Hürriyet Daily News“ aus der **Türkei** bestätigt die Studien ebenfalls. Die nördliche **Provinz Karabük weist demnach die höchsten Fallzahlen auf, obwohl die Impfquote deutlich über dem Landesschnitt liegt**. Dagegen hat die Provinz Şırnak den geringsten Anteil an Geimpften und die Zahl der Neuinfektionen liegt deutlich unter der von anderen Provinzen.

Quelle 8

Resolution 2361 des Europarats:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Die Parlamentarische Versammlung des Europarats (PVER) beschloss in ihrer hybriden Sitzung, vom 27. Januar 2021, die Resolution 236 “Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations“. Der Europarat ist der Zusammenschluss von 48 europäischen Staaten. Die Versammlung hat zwar keine legislativen oder exekutiven Befugnisse, jedoch sind seit seiner Gründung die Entschließungen des Europarats eine Richtschnur demokratischen Handelns in den Mitgliedstaaten und Beginn von staatlichen Gesetzesinitiativen.

2. Die Resolution beschreibt die ethischen, rechtlichen und praktischen Probleme der Turbo-Entwicklung eines COVID-19-Impfstoffes. So wird bereits unter Nummer 3 deutlich erklärt, dass: „[…] auch rasch eingesetzte, sichere und effektive Impfstoffe kein sofortiges Allheilmittel [sind].“ (Resolution 2361 (2021)).

3. Auch die mögliche Diskriminierung von nichtgeimpften bzw. impfunwilligen Menschen wird thematisiert:

„7.3. im Hinblick auf die Gewährleistung einer hohen Akzeptanz der Impfstoffe 7.3.1. dafür zu sorgen, dass die Bürgerinnen und Bürger darüber aufgeklärt sind, dass die Impfung NICHT verpflichtend ist und niemand politisch, sozial oder anderweitig unter Druck gesetzt wird, sich impfen zu lassen, wenn er oder sie dies nicht möchte;“ (ebd.)

„7.3.2. dafür zu sorgen, dass Personen, die nicht geimpft sind, weil dies aufgrund möglicher Gesundheitsrisiken nicht möglich ist oder die betreffende Person dies nicht möchte, nicht diskriminiert werden;“ (ebd.).

4. Dabei ist weiterhin darauf zu achten, dass Bürger Zugang zu „7.3.4. transparente[n] Informationen über die Sicherheit und möglichen Nebenwirkungen von Impfstoffen […]“ erhalten (ebd.).

Quelle 9

https://thetattyjournal.org/2021/11/21/trends-in-mortality-and-morbidity-in-the-most-vaccinated-countries-twenty-one-proven-facts/

Quelle 10

Je höher die Impfquote, desto höher die Übersterblichkeit

https://www.utebergner.de/cms/wp-content/uploads/2021/11/Übersterblichkeit-KW-36-bis-40-in-2021-003.pdf

Prof. Dr. Rolf Steyer und Dr. Gregor Kappler, **16. November 2021**

Kontakt:

rolf.steyer@uni-jena.de, mail@g-kappler.de

Zusammenfassung

Die Korrelation zwischen der Übersterblichkeit in den Bundesländern und deren Impfquote bei Gewichtung mit der relativen Einwohnerzahl des Bundeslands beträgt .31. Diese Zahl ist erstaunlich hoch und wäre negativ zu erwarten, wenn die Impfung die Sterblichkeit verringern würde. Für den betrachteten Zeitraum (KW 36 bis KW 40, 2021) gilt also: *Je höher die Impfquote, desto höher die Übersterblichkeit*. Angesichts der anstehenden politischen Maßnahmen zur

angestrebten Eindämmung des Virus ist diese Zahl beunruhigend und erklärungsbedürftig, wenn man weitere politische Maßnahmen ergreifen will, mit dem Ziel, die Impfquote zu erhöhen.

Zum Einstieg

1. Der Gesamtüberblick über die aktuelle Übersterblichkeit in Gesamt-Deutschland findet sich hier: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/_Grafik/_Interaktiv/woechentliche-sterbefallzahlen-jahre.html?nn=209016
2. und auch hier, wobei hier die Abweichung vom Median der Jahre 2016 - 2020 direkt abgelesen werden kann: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/kontextinformationen-gesellschaft.html

Diese beiden Grafiken sind interaktiv, d.h. die Zahlen werden direkt angezeigt, sobald man mit dem Mauszeiger drüberfährt. Betrachtet man die KW 36 bis 43, so kann man mit dem Vergleich zwischen 2021 und dem Median 2016 bis 2020 die Übersterblichkeit in diesen KWn direkt in absoluten Zahlen ablesen. In manchen dieser Wochen sind es tatsächlich ca. 2000 Sterbefälle mehr als im Median von 2016 bis 2020.

Sterbefallzahlen und Impfquoten werden besonders zuverlässig erfasst. Ob jemand zweifach geimpft ist, ist ebenso unstrittig wie die Frage, ob jemand gestorben ist. Wenn man komplexere Größen wie die Todesursache betrachtet ist dies nicht der Fall: Die Feststellung von Todesursachen wie „gestorben an Covid-19 Infektion“ hängen relativ stark von Interpretationen ab. Ein positiver Test ist keineswegs ein Beweis für diese Todesursache. Sterbefallzahlen und auch Impfquoten dagegen basieren nur in geringem Ausmaß auf Interpretationen.

Unsere Datenquellen

Die von uns verwendeten Daten sind entnommen vom

1. Statistischen Bundesamt (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html?nn=209016)
2. Robert Koch-Institut (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html)

(Der betreffende Link, unter dem man die relevanten Zahlen als Excel-Datei herunterladen kann, sind in Klammern angegeben.)

Was haben wir gemacht?

1. Berechnung der Übersterblichkeit

Für jedes der 16 Bundesländer haben wir für jedes Jahr 2016 bis 2021 die Anzahl der Sterbefälle in den KWn 36 bis 40 summiert. (Neuere sind bis heute, 16. Nov. 2021, noch nicht für die einzelnen Bundesländer verfügbar.) Dies ergibt für jedes Bundesland und Jahr die Anzahl der Sterbefälle im Zeitraum KW 36 bis KW 40. Für einen Vergleichswert zur Anzahl der Sterbefälle in KW 36 bis KW 40 im Jahr 2021 haben wir die Sterbefallzahlen in KW 36 bis KW 40 für die Jahre 2016 bis 2020 gemittelt. Pro Bundesland sind diese Mittelwerte der letzten Jahre die Basis für die Vergleiche mit dem Jahr 2021. Für den Vergleich haben wir das Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle des Jahres 2021 im Zeitraum KW 36 bis KW 40 durch die gerade genannten Mittelwerte gebildet und dann mit 100 multipliziert. Die Verhältniszahl 100 bedeutet also, dass es weder Über- noch Untersterblichkeit gibt, die Verhältniszahl 110 besagt, dass im betrachteten Zeitraum 2021 genau 10% mehr Menschen gestorben sind als im Mittel der vorangegangenen 5 Jahre. Die tatsächlichen Zahlen variieren unter den 16 Ländern zwischen 102,2 (Sachsen) und 115,7 (Mecklenburg-Vorpommern). Je größer die Abweichung (von 100) nach oben, desto größer die Übersterblichkeit in dem betreffenden Bundesland.

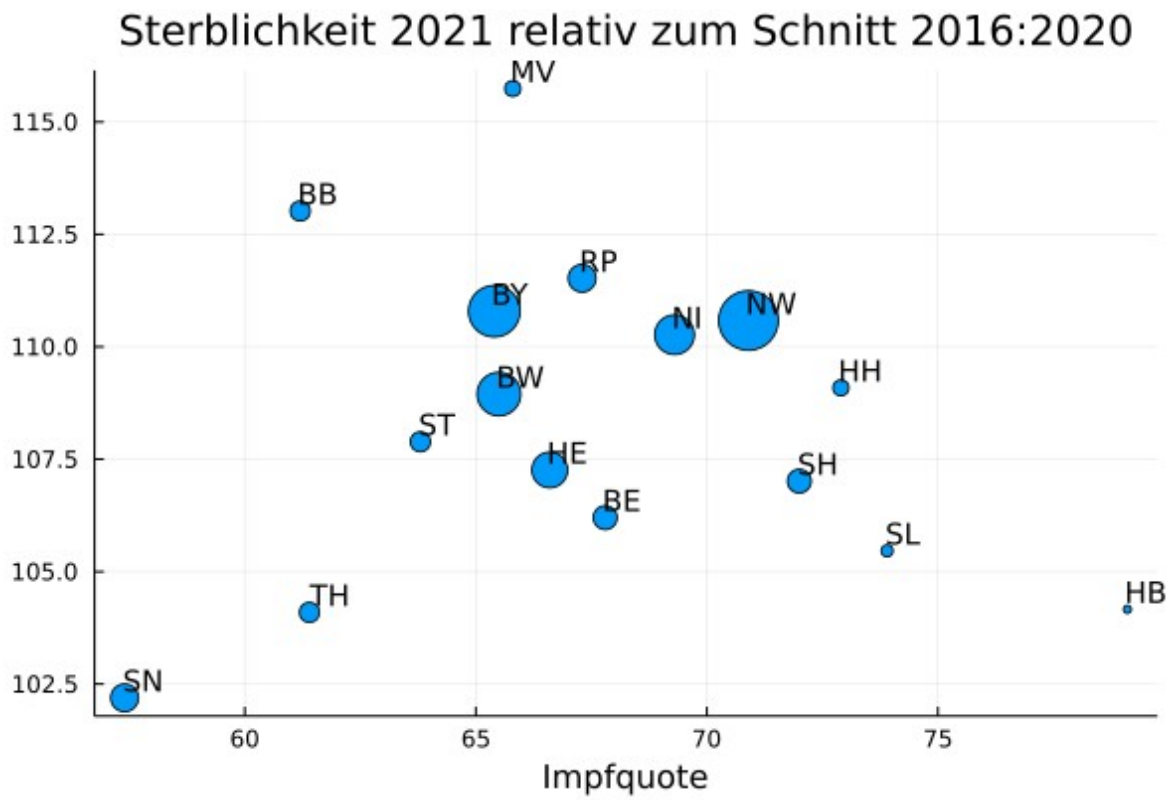
2. Impfquote

Die Impfquote konnten wir direkt aus der unter Datenquellen (Punkt 2) genannte Tabelle entnehmen. Dabei haben die Quote der zweimal Geimpften gewählt.

3. Berechnung der Korrelation zwischen Impfquote und Übersterblichkeit

Die 16 Länder haben stark voneinander abweichende Bevölkerungszahlen. Die Hansestadt Bremen hat nur ca. 0.68 Millionen Einwohner, das Land Nordrhein-Westfalen dagegen ca. 17.92 Millionen. (Diese Zahlen sind ebenfalls beim Statistischen Bundesamt zu finden.) Bei der Berechnung der Korrelation zwischen Impfquote und Übersterblichkeit haben wir die *relative Bevölkerungsgröße als Gewichte* verwendet (ebenso wie bei Mittelwerten und Varianzen). Auf diese Weise werden Verfälschungen zugunsten der Verhältnisse in den kleinen Ländern vermieden.

Die folgende Abbildung zeigt ein Streudiagramm der 16 Datenpunkte (der Bundesländer). Die Impfquote ist auf der horizontalen und die Verhältniszahl ist auf der vertikalen Achse abgetragen, wobei die Größe der Fläche der Punkte die relative Bevölkerungszahl darstellt.



Dieser Abbildung zufolge schneiden Sachsen (SN) und Thüringen (TH) am besten hinsichtlich der aktuellen Übersterblichkeit ab. Sie haben zugleich auch die niedrigsten Impfquoten.

4. Interpretation des Ergebnisses

Die Korrelation beträgt + .31, ist erstaunlich hoch und vor allem in einer unerwarteten Richtung. Eigentlich sollte sie negativ sein, so dass man sagen könnte: *Je höher die Impfquote, desto niedriger die Übersterblichkeit.* Das Gegenteil ist aber der Fall und dies bedarf dringend der Klärung. Eine Übersterblichkeit ist in allen 16 Ländern festzustellen. Die Anzahl der vom RKI berichteten Covid-Sterbefälle in dem betrachteten Zeitraum stellt durchweg nur einen relativ kleinen Teil der Übersterblichkeit dar und kann vor allem den kritischen Sachverhalt nicht erklären:

Je höher die Impfquote, desto höher die Übersterblichkeit.

Die direkteste Erklärung ist:

1. Vollständige Impfung erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit.

Natürlich sind indirektere Erklärungen möglich:

2. Je höher der Anteil der Alten desto höher die Impfquote und die Übersterblichkeit. Daher korrelieren auch Impfquote und Übersterblichkeit. (Diese Erklärung ist aber nicht sehr plausibel, da sich der Anteil der Alten dann zwischen 2016-2020 einerseits und 2021 andererseits erheblich verändert haben müsste.)

3. Höhere Impfquoten werden durch erhöhten Stress und Angst in dem betreffenden Land erzielt und letztere führen zu erhöhten Anzahlen bei den Sterbefällen.

Weitere Erklärungsansätze sind keineswegs ausgeschlossen. Manche davon lassen sich vielleicht auch mit Zahlen untermauern und sollten weiter untersucht werden. Für Anregungen dieser Art sind wir sehr dankbar.

Quelle 11:

Die belogenen und betrogenen Geimpften – 80 % der Corona-Toten in England waren geimpft

https://uncutnews.ch/die-belogenen-und-betrogenen-geimpften-80-der-corona-toten-in-england-waren-geimpft/

Die Treibjagd auf die Ungeimpften nimmt immer groteskere Ausmaße an. Sie sollen zu einer Impfung gezwungen werden, die den einzigen Ausweg aus einer sonst endlosen Corona-„Pandemie“ bieten soll. Doch die Verlogenheit dieser Kampagne wird immer offenbarer. Die Impfung, in Wahrheit ein gewaltiges Gen-Experiment an unwissenden Opfern, hält nicht, was sie verspricht. Ihre angebliche Schutzwirkung ist schnell verflüchtigt, – inzwischen gibt es bereits mehr Corona-Kranke, die geimpft sind, als solche, die nicht geimpft sind. Und ihre angebliche Sicherheit erregt ein Grauen angesichts der ständig wachsenden Zahlen von furchtbaren Nebenwirkungen und Todesfällen. Die gewaltige Täuschung der Menschen wird immer mehr sichtbar.

Immunität

Bereits am 9.4.2020 verkündete Bundeskanzlerin Merkel: *„Auch wenn die Zahlen mal einen Tag besser werden, sie (die Pandemie) wird nicht verschwinden, bis wir wirklich einen Impfstoff haben, mit dem wir die Bevölkerung immunisieren können.“* [1] Und am 19.2.2021, nach der Videokonferenz mit den Staats- und Regierungschefs der G7, steigerte sie sich in die Behauptung: *„Die Pandemie ist erst besiegt, wenn alle Menschen auf der Welt geimpft sind.“* [2]

In diesen Sätzen, die aus einem aggressiven Werbeprospekt der Pharma-Industrie stammen könnten, stecken, zurückhaltend formuliert, zwei Unwahrheiten. Erstens gibt es keine wirkliche Pandemie, sondern eine durch ständig wiederholte Lügen und Panikmache suggestiv

vorgetäuschte.[3] Zweitens wird darin unterstellt, es gebe keine oder keine ausreichende natürliche Immunität des Menschen gegen diese Krankheit, sondern sie müsse erst durch Impfung erzeugt werden. Beides sind Einflüsterungen einer extremistischen Wissenschaftsrichtung, die auf Behauptungen und dogmatischen Glaubenssätzen beruhen und nicht Ergebnisse evidenzbasierter Wissenschaft sind. Sie widersprechen Jahrtausende langer menschlicher Erfahrung und werden auch durch die gegenwärtigen statistischen Zahlen widerlegt.

Selbst Vertreter der naturwissenschaftlichen Medizin wie Prof. Karina Reiß und Prof. Bhakdi weisen auf Studien hin, die eine abrufbare Immunantwort des Menschen auf die Covid-19-Infektion belegten. Das Ziel, die gesamte Menschheit impfen zu wollen, sei absurd. Herdenimmunität bedeute selbst im besten Fall nicht, dass niemand erkranken könne. Sie über eine Impfung herbeiführen zu wollen, die ebenfalls keine sterile Immunität erzeugen könne, sei vor diesem Hintergrund ein sinnloses Vorhaben.[4]

Schon die Befreiung von Genesenen von staatlichen Restriktionen ist ja auch das Eingeständnis, dass sie durch ihr natürliches Immunsystem gesund geworden sind. Und Millionen Nicht-Geimpfte zeigen durch ihre Gesundheit, die sie seit Beginn der Corona-Hysterie trotz ständiger Kontakte mit anderen Menschen z.T. auch mit Erkrankten bewahrt haben, die Wirksamkeit ihres natürlichen Immunsystems.

Demgegenüber ist die ständig wachsende Zahl von vollständig Geimpften, die trotzdem an Corona schwer erkranken, ein Beweis dafür, dass die angebliche Impfstoff-Immunität weitgehend versagt und die Geimpften mit Versprechungen belogen worden sind und weiterhin gezielt getäuscht werden.

Versagende Schutzwirkung

Nach dem neuesten Wochenbericht des RKI vom 25.11.2021 beträgt der Anteil der vollständig Geimpften an den Corona-Erkrankten mit Syptomen (Stand 23.11.2021) in den Altersgruppen 18-59-Jahre: 48,8 % (41,6), 60-Jahre und älter: 71,4 % (60,9). In Klammern stehen jeweils die Zahlen des Berichtes vom 11.11.2021, Stand 10.11.2021.
Im Krankenhaus liegen von den Jüngeren: 28,2 % (22,7) Geimpfte, von den Älteren: 56 % (45,1).
Auf den Intensivstationen liegen von den Jüngeren 15,3 % (12,9) Geimpfte, von den Älteren 46,4 % (36 %).
Bei den verstorbenen symptomatischen Covid-19-Fällen beträgt der Anteil der Geimpften in der jüngeren Gruppe 15,3 % (18,5), in der älteren Gruppe 46,4 % (41,7).[5]
Mit einer Ausnahme gibt es also durchgehend erhebliche Steigerungen innerhalb von 2 Wochen. Wo ist da die Immunisierung durch die Impfung geblieben?

Die COVID-Erkrankungen bei den Geimpften scheinen auch komplizierter und länger zu verlaufen. So sagte der ärztlicher Direktor des Klinikums Neubrandenburg, Dr. Keil, in einem Interview des Nordmagazins: *„Das Problem, ist mittlerweile eher, dass sehr, sehr viele Geimpfte inzwischen positiv werden. Und diese haben dann auch einen deutlich längeren Krankenhaus-Behandlungsbedarf, also von der Zeitdauer her.“* [6]

In Großbritannien waren von den vom 9.10. bis 5.11.2021 insgesamt 2.285 hospitalisierten COVID-19-Fällen (durch einen positiven PCR-Test bis zu 2 Wochen vor dem KH-Aufenthalt angezeigt), 1.673 doppelt geimpft. Das entspricht einem Anteil von 73,2 Prozent. Die Ungeimpften kommen auf einen Anteil von 23,5 Prozent. Drei Prozent entfallen auf die einfach Geimpften.
Über 80 Prozent der Corona-Toten waren geimpft! Nur 18,3% der Verstorbenen waren ungeimpft.[7]

Zunehmende Nebenwirkungen

Die fortgesetzte verlogene Propagierung der Impfung erfolgt zudem unter Verschweigen der ständig steigenden Nebenwirkungen und Todesfälle, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung selbst auftreten, deren kausaler Zusammenhang aber nur selten überprüft wird.
Nach dem Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 26.10.2021 wurden vom 27.12.2020 bis 30.9.2021, also in 9 Monaten, im Zusammenhang mit einer COVID-19-Impfung 172.188 Fälle mit Nebenwirkungen gemeldet, davon 21.052 schwerwiegend und 1.802 mit tödlichem Ausgang.

Demgegenüber gab es vom 1.1.2000 bis 31.12.2020 im Zusammenhang mit allen in diesen 21 Jahren durchgeführten Impfungen insgesamt 54.500 Meldungen auf Impfnebenwirkungen und 456 Todesfällen. Das waren im Schnitt jährlich 2.595 Nebenwirkungen und 21,7 Todesfälle.
Bei den jetzigen Corona-Impfungen sind es, rechnet man die Zahlen aus 9 Monaten auf das ganze Jahr hoch: 229.584 Nebenwirkungen und 2.403 Todesfälle. Das ist eine Steigerung der jährlichen Nebenwirkungen um 8.847 % und der jährlichen Todesfälle um 11.000 %.

Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass nach wissenschaftlichen Studien überhaupt nur 5 % bis maximal 10 % der Nebenwirkungen und Todesfälle gemeldet werden.[8] In den USA sind es nach einer Harvard-Studie etwa nur 1 % [9], ein Prozentsatz, der bei der diesmal von Anfang an in Deutschland ausgegebenen kategorischen Parole, „das hat mit der Impfung nichts zu tun“, auch hier eher wahrscheinlich ist. Dies würde bedeuten, dass wir es im ersten Jahr mit bis zu über 22 Millionen Nebenwirkungen und bis zu möglichen 240.000 Todesfällen im zeitlichen Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung zu tun hätten.

Hinzu kommt, dass die Impfstoffe nur eine befristete „Notfall“-Zulassung haben, weil sie anstelle der normalerweise notwendigen 10-20-jährigen Entwicklungszeit nach wenigen Monaten vorläufig zugelassen wurden und zu eventuellen Langzeitschäden keinerlei Aussagen gemacht werden können.
Die völlig unerprobten neuen mRNA-„Stoffe“ wurden noch nie als Impfstoffe eingesetzt. Es handelt sich daher um ein riesiges Gen-Experiment an den Menschen, denen dies in der Regel vorher nicht mitgeteilt wird. Dies verstößt gegen den aus den barbarischen Erfahrungen der Nazi-Zeit erwachsenen Nürnberger Kodex von 1947.[10] Erschlichene Einwilligungen machen diese unwirksam – mit allen strafrechtlichen und zivilrechtlichen Folgen für die Impfenden und sonst Verantwortlichen.

Der österreichische „Wochenblick“ berichtete am 25.11.2021 [11] von erschreckenden 2.620 tödlichen Fehlgeburten nach einer Covid-19-Impfung in den USA bis zum 12.11.2021. Mit 2.015 Fällen sei BioNTech/ Pfizer trauriger Spitzenreiter, gefolgt von Moderna mit 689 toten Babys. Der Impfstoff Janssen von Johnson & Johnson werde mit 100 Fehlgeburten in Verbindung gebracht.
Im Oktober habe das New England Journal of Medicine eingestanden, dass die ursprüngliche Studie, aufgrund der die US-Gesundheitsbehörde CDC und die Arzneimittelbehörde FDA die Impfungen für schwangere Frauen empfohlen haben, fehlerhaft gewesen sei.

Inzwischen haben neuseeländische Forscher eine neue Studie mit den ursprünglichen Daten durchgeführt und seien zu dem Schluss gekommen, dass Fehlgeburten 7 bis 8-mal häufiger vorgekommen seien, als die ursprünglichen Daten gezeigt hätten. *„Und trotzdem empfehlen die CDC und die FDA weiterhin die Impfung für schwangere Frauen, obwohl eine korrekte Analyse der ursprünglichen Daten zeigt, dass **82 %** bis 91 % der schwangeren Frauen Fehlgeburten erleiden, wenn ihr ungeborenes Kind weniger als 20 Wochen alt ist.“*
Doch auch schreckliche Berichte über Missbildungen und schwerste Impffolgen bei Babys würden sich häufen.

Ein Bestatter aus Großbritannien berichte, dass der letzte Herbst eine der schleppendsten Perioden in Bezug auf Todesfälle gewesen sei. Als aber die COVID-19-Spritzen eingeführt wurden, hätten die Todesfälle dramatisch zugenommen. Zuerst seien es ältere Menschen, aber im April dann viele Menschen in ihren 30er- und 40er-Jahren gewesen. Viele von ihnen seien an Myokarditis verstorben. Doch jetzt würde eine noch nie dagewesene Zahl von toten Neugeborenen verzeichnet – zehnmal so viele. Einige seien voll ausgetragen, andere wären Frühgeburten.

„Überlastung“ der Krankenhäuser

Vor allem die Hospitalisierungsrate *(Einweisungen ins Krankenhaus pro 100 Tsd. Einwohner)* und die Intensivbettenbelegung durch Corona-Patienten dienen gegenwärtig neben den täuschenden Positiv-Testzahlen wieder als Begründung für den ungeheuren erpresserischen Druck, den der Staat auf die Nicht-Geimpften ausübt. Auch hier wird mit Täuschungen gearbeitet.

Ein Diagramm des offiziellen DIVI-Intensivregisters zeigt für ganz Deutschland, dass die Intensivbetten vom Anfang Mai 2020 bis 25.11.2021 von 31.000 auf 22.000 zurückgegangen, also trotz angeblicher Pandemie ca. 9.000 Intensivbetten abgebaut worden sind. [12]
Das hat mit wirtschaftlichen Gründen der großen privaten, Profit-orientierten Krankenhauskonzerne und mit ständig weiter zunehmenden Pflege-Personalmangel zu tun, den die Politik seit Jahren offensichtlich bewusst nicht angeht.
Am 25.11.2021 waren insgesamt 19.829 Intensivbetten belegt, davon 4.179 = 21 % mit Corona-Patienten.
Das Diagramm zeigt keinerlei Notstand auf: Am 25.11. gab es noch 2.334 freie Betten und knapp 9.000 Reservebetten. Wenn diese nur noch beschränkt belegt werden können, ist das nicht das Problem der 20 % Corona-Patienten, sondern der Politik.

Aber es kommt noch ein weiteres grundlegend medizinisches Problem hinzu, das für die Belegung mit Covid-Patienten, insbesondere ihre lange Verweildauer mitverantwortlich ist. Systematisch werden Heilmittel wie z.B. das vielfach von der Impfstoffindustrie diskreditierte Ivermectin ignoriert, das nachweislich vieler großflächiger Anwendungen insbesondere in südamerikanischen und asiatischen Ländern Heilerfolge bis zu über 90% zu verzeichnen hat.[13]
Das gilt auch für homöopathische und anthroposophische Heilmittel, die erst recht an der ideologischen Arroganz der materialistischen Schulmedizin abprallen.[14] Die schulmedizinischen Ärzte in den Praxen und Krankenhäusern machen sich hier eines schweren Versäumnisses, im Grunde der unterlassenen ärztlichen Hilfeleistung schuldig.

Die Hospitalisierung der Corona-Kranken könnte durch die Behandlung mit bekannt wirksamen Medikamenten erheblich reduziert werden. Ebenso durch Verbot der unverantwortlichen permanenten Angst- und Panikmache, die nach eindeutigen Erkenntnissen der Immunologie das Immunsystem stark schwächt, insbesondere bei Atemwegserkrankungen unmittelbar das Atmungs- und Herzsystem einengt und so wesentlich zu schwerer Erkrankung führt oder beiträgt.

Es ist ein Skandal, dass die COVID-19-Erkrankung in den Krankenhäusern medikamentös praktisch nicht behandelt wird, da angeblich nur die Impfung helfen könne, so das moderne Glaubensdogma. So dämmern die Schwerkranken zu 51 % den Beatmungsmaschinen entgegen, die ihnen dann zumeist den Rest geben. Bis zu 97 % der so invasiv Beatmeten sterben vielerorts auf den

Intensivstationen unter diesen Maschinen. Anders ausgedrückt: „Viele Studien zeigen eindeutig, dass die Intubation bei gleichem Schweregrad die Todesrate mindestens um den Faktor 5 bis 6 erhöht, bei manchen Kliniken sogar um über 10.“ Dabei gibt es auch hier erfolgreiche andere Wege.[15]

Die rechtzeitige medikamentöse Behandlung würde natürlich der Impfstoff- und der Beatmungs-Maschinen-Industrie gewaltig das Wasser abgraben und sie um riesige, unaufhörlich fließende Profite bringen. Erfahrene Insider warnen schon lange, dass sich die Medizin längst in erschreckendem Ausmaß im Griff der Profitinteressen der Pharma- und Medizingeräte-Industrie befinde, gefördert von einer korrupten Politik.[16]

Das ist einer der eigentlichen Skandale, die sich hinter dem Skandal der gewaltigen öffentlichen Lügen, Täuschungen und totalitären Gewaltmaßnahmen verbergen.

————————————

1 welt.de
2 bundesregierung.de
3 Vgl. Fassadenkratzer: Wie die WHO die …
4 Siehe: diebasis-st.de
5 rki.de (S. 24)
6 politistube.com 23.11.2021
7 reitschuster.de
8 multipolar-magazin.de 4.11.2021
9 Vgl. Dr. Peter McCullough in fassadenkratzer.wordpress.de
10 wikipedia.org
11 wochenblick.at
12 intensivregister.de
13 vgl. tkp.at 26.5.2021; tkp.at 21.6.2021; tkp.at 15.11.2021; s. auch Anm. 9
14 vgl. fassadenkratzer.wordpress.com 20.12.2020; tkp.at 12.11.2021
15 Vgl. tkp.at 24.11.2021 ; youtube.com 30.5.2021
16 Vgl. Fassadenkratzer: Die Medizin im Griff …

Quelle 12

22 Studien und Berichte wecken Zweifel an der Wirksamkeit des COVID Impfstoffs und der Impfung von Kindern

childrenshealthdefense.org: Die Beweise dafür, dass die COVID-Impfstoffe gegen die Delta-Variante nicht so wirksam sind wie behauptet, zeigen die Probleme mit Impfvorschriften auf, die die Arbeitsplätze von Millionen von Menschen bedrohen, und lassen weitere Zweifel an der Notwendigkeit der Impfung von Kindern aufkommen.

Die Beweise häufen sich, dass die COVID-19-Impfstoffe gegen die Delta-Variante, die sich im Herbst 2021 durchgesetzt hat, nicht so wirksam sind wie angegeben.

Die Delta-Variante lernt zu gedeihen. Die Beweise haben sich weiter gehäuft und zeigen, dass die Geimpften eine ähnliche (sehr hohe) Viruslast aufweisen wie die Ungeimpften, und dass die Geimpften ebenso infektiös sind.

Die Gesamtheit der Ergebnisse deutet darauf hin, dass die weltweite Infektionsexplosion – nach der Doppelimpfung, z. B. in Israel, Großbritannien, den USA usw. -, die wir erlebt haben, möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die Geimpften die Epidemie/Pandemie auslösen und nicht die Ungeimpften. Wir haben gegen den Wildtyp des Virus geimpft, der nicht länger ein dringendes Problem darstellt.

Die Daten scheinen darauf hinzudeuten, dass die Infektion im Verhältnis 50:50 verläuft (Geimpfte gegenüber Ungeimpften), während das Vereinigte Königreich 70 % der Todesfälle bei den Geimpften (Delta-Variante) meldet, obwohl es eine Debatte über die Differenzierung auf der Grundlage des Alters von < 50 gegenüber > 50 Jahren gibt.

Offensichtlich sind es die Geimpften, die sich anstecken und somit das Virus in weitaus höherem Maße weitergeben. Dies entkräftet die Forderung nach Impfpässen.

Das Modell der Marek-Krankheit („undichte“, nicht sterilisierende, nicht neutralisierende, unvollkommene Impfstoffe, die zwar die Symptome lindern, aber die

Infektion oder Übertragung nicht stoppen) bei Hühnern und das Konzept der antigenen Erbsünde (wenn eine anfängliche Exposition oder Grundierung des Immunsystems suboptimal ist (Eugyppius), z. B. die Impfung mit den Epitopen des Spike-Proteins 2020, dann ist die suboptimale Grundierung im Grunde „fixiert“. Das heißt, es präjudiziert die lebenslange Immunantwort bei erneuter Exposition aufgrund des Immungedächtnisses oder des Lernens.

Hier präsentiere ich eine Kombination aus 22 Studien und Geschichten, die unterstreichen, wie groß das Problem für die National Institutes of Health, die Centers for Disease Control and Prevention, die U.S. Food and Drug Administration und die Impfstoffentwickler ist.

Sie verdeutlicht die Probleme mit den Impfstoffvorschriften, die derzeit die Arbeitsplätze von Millionen von Menschen bedrohen. Sie lässt weitere Zweifel an den Argumenten für die Impfung von Kindern aufkommen.

Beispielhafte Fälle:

1. Gazit et al. aus Israel zeigten, dass „SARS-CoV-2-naive Geimpfte ein 13,06-faches (95% CI, 8,08 bis 21,11) erhöhtes Risiko für eine Durchbruchinfektion mit der Delta-Variante hatten, verglichen mit den zuvor Infizierten“.
2. Acharya et al. fanden „keinen signifikanten Unterschied bei den Zyklusschwellenwerten zwischen geimpften und ungeimpften, asymptomatischen und symptomatischen Gruppen, die mit SARS-CoV-2 Delta infiziert waren.“
3. Riemersma et al. fanden „keinen Unterschied in der Viruslast, wenn sie ungeimpfte Personen mit solchen verglichen, die Impfstoff-‚Durchbruchs‘-Infektionen hatten. Darüber hinaus werden Personen mit Impfstoff-Durchbruchsinfektionen häufig positiv getestet und weisen eine Viruslast auf, die der Fähigkeit entspricht, infektiöse Viren auszuscheiden“.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass „geimpfte Personen, wenn sie sich mit der Delta-Variante infizieren, eine Quelle für die Übertragung von SARS-CoV-2 auf andere sein können.“

Sie berichteten über „niedrige Ct-Werte (<25) bei 212 von 310 vollständig geimpften (68 %) und 246 von 389 (63 %) ungeimpften Personen. Bei der Untersuchung einer Untergruppe dieser Proben mit niedrigem Ct-Wert wurde in 15 von 17 Proben (88 %) von ungeimpften Personen und in 37 von 39 (95 %) von geimpften Personen infektiöses SARS-CoV-2 nachgewiesen.“

4. Chemaitelly et al. berichteten über eine Studie in Katar, aus der hervorging, dass die Wirksamkeit des Impfstoffs (Pfizer) nach 5 bis 6 Monaten fast auf Null zurückging und selbst der unmittelbare Schutz nach ein bis zwei Monaten stark übertrieben war.
5. Einem Bericht von Siri zufolge entfallen bis zu 90 % der Krankenhausaufenthalte in den USA auf die Geimpften.
6. Riemersma et al. berichteten über Daten aus Wisconsin, die bestätigen, dass geimpfte Personen, die sich mit der Delta-Variante infiziert haben, SARS-CoV-2 auf andere (geimpfte und ungeimpfte) Personen übertragen können (und dies auch tun).

Sie fanden eine erhöhte Viruslast bei den ungeimpften und geimpften symptomatischen Personen (68 % bzw. 69 %, 158/232 und 156/225). Dies bedeutete, dass es keinen Unterschied zwischen geimpften und ungeimpften Personen in Bezug auf die Ansteckung und Übertragung (symptomatisch) gab.

Darüber hinaus wurden bei den asymptomatischen Personen erhöhte Viruslasten (29 % bzw. 82 %) bei den ungeimpften und geimpften Personen festgestellt. Dies deutet darauf hin, dass sich die Geimpften leicht infizieren, das Virus beherbergen, kultivieren und übertragen können, und dies möglicherweise unwissentlich tun.

7. Subramanian berichtet, dass der beobachtete Anstieg von COVID-19 nicht mit dem Grad der Impfung zusammenhängt, wenn 68 Länder und 2947 Bezirke in den USA untersucht werden. Mit anderen Worten, es gibt keine klar erkennbare Beziehung (vielleicht eine geringfügig positive Assoziation, bei der eine höhere Impfung die Übertragung nicht verringert).
8. Chau et al. (HCWs in Vietnam, Ho Chi Minh) untersuchten die Übertragung der SARS-CoV-2-Delta-Variante bei geimpftem Gesundheitspersonal in Vietnam, und ihre Ergebnisse bringen die Landschaft der COVID-19-Injektionen weiter ins Wanken und liefern katastrophale Ergebnisse.

69 Beschäftigte im Gesundheitswesen wurden positiv auf SARS-CoV-2 getestet. 62 nahmen an der klinischen Studie teil. Die Forscher berichteten: „Es wurden 23 vollständige Genomsequenzen erhalten.

Sie gehörten alle zur Delta-Variante und unterschieden sich phylogenetisch von den zeitgenössischen Sequenzen der Delta-Variante, die aus Fällen mit gemeinschaftlicher Übertragung gewonnen wurden, was auf eine kontinuierliche Übertragung zwischen den Arbeitnehmern hindeutet. Die Viruslast der Fälle, die mit der bahnbrechenden Delta-Variante infiziert waren, war 251-mal höher als die der Fälle, die mit alten Stämmen infiziert waren, die zwischen März und April 2020 nachgewiesen wurden.“

9. Ein CDC-Bericht von Brown im MMWR (Barnstable, Massachusetts, Juli 2021) ergab, dass von 469 Fällen von COVID-19 74 % bei vollständig geimpften Personen auftraten. „Die Geimpften hatten im Durchschnitt mehr Viren in der Nase als die Ungeimpften, die sich infiziert hatten.“
10. Nosokomialer Krankenhausausbruch in Finnland (Ausbreitung unter HCW und Patienten): „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieser Ausbruch gezeigt hat, dass trotz vollständiger Impfung und universeller Maskierung des Gesundheitspersonals Durchbruchsinfektionen durch die Delta-Variante über

symptomatisches und asymptomatisches Gesundheitspersonal stattfanden und nosokomiale Infektionen verursachten.“

11. Ein nosokomialer Ausbruch in einem israelischen Krankenhaus (der sich auch auf HCW und Patienten ausbreitete) zeigte, dass PSA und Masken im Gesundheitswesen im Wesentlichen unwirksam waren. Die Indexfälle waren in der Regel vollständig geimpft, und die meisten (wenn nicht alle) Übertragungen erfolgten zwischen Patienten und Personal, das maskiert und vollständig geimpft war, was die hohe Übertragung der Delta-Variante zwischen geimpften und maskierten Personen unterstreicht.
12. Der Bericht Nr. 42 der britischen Gesundheitsbehörde Public Health England (Seite 23) gab Anlass zu ernster Besorgnis, als er berichtete, dass „die N-Antikörperreaktion im Laufe der Zeit nachlässt und (iii) jüngste Beobachtungen aus Überwachungsdaten der UK Health Security Agency (UKHSA) zeigen, dass die N-Antikörperspiegel bei Personen, die sich nach zwei Impfdosen infizieren, niedriger zu sein scheinen“.
13. Dieser britische Bericht Nr. 42 (Tabelle 2, Seite 13) sowie die Berichte 36 bis 41 zeigen einen ausgeprägten und sehr beunruhigenden Trend, nämlich dass die doppelt geimpften Personen eine höhere Infektionsrate (pro 100.000) aufweisen als die nicht geimpften, und zwar insbesondere in den älteren Altersgruppen, z. B. ab 30 Jahren.
14. Die Direktorin der CDC, Rochelle Walensky, hat zugegeben, dass die Impfstoffe die Übertragung nicht verhindern, was das Eingeständnis eines gescheiterten Impfstoffs ist.
15. Levin et al. „führten eine sechsmonatige prospektive Längsschnittstudie mit geimpften Mitarbeitern des Gesundheitswesens durch, die monatlich auf das Vorhandensein von Anti-Spike-IgG und neutralisierenden Antikörpern getestet wurden“… sie fanden heraus, dass „sechs Monate nach Erhalt der zweiten Dosis des BNT162b2-Impfstoffs die humorale

Reaktion bei Personen im Alter von 65 Jahren oder älter erheblich abnahm, insbesondere bei Männern…“

16. 40 % der lokalen Covid-19-Fälle in Syracuse, New York, betreffen die Geimpften.
17. Israel: Ein führender israelischer Gesundheitsbeamter berichtete, dass 95 % der schweren und 90 % der neuen Krankenhauseinweisungen für COVID-19 auf die Geimpften entfallen.
18. Suthar et al. untersuchten die Dauerhaftigkeit der Immunreaktionen auf den BNT162b2 mRNA-Impfstoff. Sie „analysierten die Antikörperreaktionen auf den homologen Wu-Stamm sowie auf mehrere bedenkliche Varianten, einschließlich der neu auftretenden Mu-Variante (B.1.621), und die T-Zell-Reaktionen bei einer Untergruppe dieser Freiwilligen sechs Monate (Tag 210 nach der Erstimpfung) nach der zweiten Dosis … „Die Daten zeigen ein deutliches Nachlassen der Antikörperreaktionen und der T-Zell-Immunität gegen SARS-CoV-2 und seine Varianten sechs Monate nach der zweiten Immunisierung mit dem BNT162b2-Impfstoff.“

19. Nordström in Schweden berichten über ihre Studie, die zeigt, dass (die Kohorte umfasste 842.974 Paare (N=1.684.958), darunter Personen, die mit 2 Dosen ChAdOx1 nCoV-19, mRNA-1273 oder BNT162b2 geimpft wurden, geimpften und nicht geimpften Vergleichspersonen) „Die Wirksamkeit des BNT162b2-Impfstoffs gegen die Infektion nahm schrittweise von 92 % (95 % CI, 92-93, P<0-001) an Tag 15-30 auf 47 % (95 % CI, 39-55, P<0-001) an Tag 121-180 ab, und ab Tag 211 konnte keine Wirksamkeit mehr festgestellt werden (23 %; 95% CI, -2-41, P=0-07). „
20. Der Aufruf von CDC-Direktorin Rochelle Walensky und Dr. Fauci zu Auffrischungsimpfungen sagt im Grunde alles, was man wissen muss: Der Impfstoff hat die Versprechen nicht gehalten.
21. Yahi et al. berichteten, dass „im Falle der Delta-Variante neutralisierende Antikörper eine geringere Affinität für das Spike-Protein haben, während erleichternde Antikörper eine auffallend erhöhte

Affinität aufweisen. Daher kann ADE ein Problem für Menschen sein, die Impfstoffe erhalten, die auf der ursprünglichen Spike-Sequenz des Wuhan-Stamms basieren (entweder mRNA oder virale Vektoren)“.

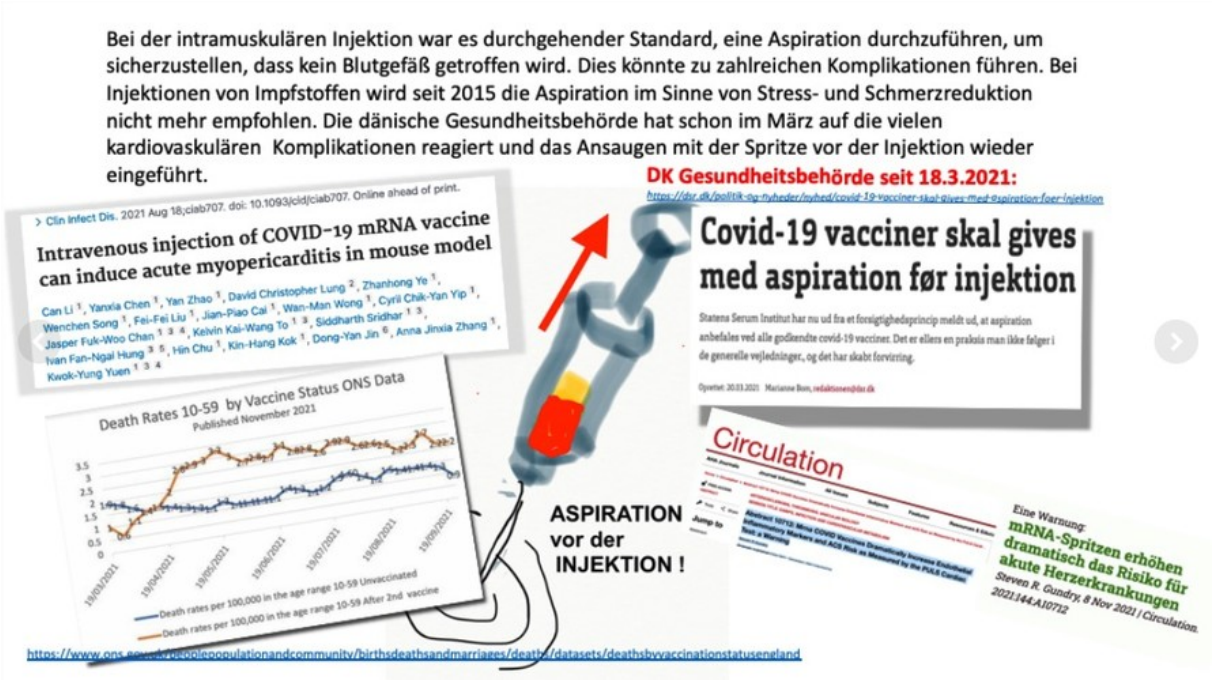
22. Israel bereitet sich auf eine vierte Auffrischungsimpfung vor, und es zeigt sich, dass der Impfstoff sein überzogenes Versprechen nicht einhalten kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele Menschen den Impfstoff wollen und dass es ihnen freistehen sollte, ihn als Individuen zu akzeptieren. Der öffentliche Nutzen einer allgemeinen Impfung wird heute stark angezweifelt, und es sollte nicht erwartet werden, dass sie zur Beseitigung der sozialen Kosten des Virus beiträgt, geschweige denn von den Regierungen vorgeschrieben wird.

Quelle 13

Zur Bedeutung der Aspiration:

–



Quelle 14

Wirksamkeit der Impfung: Unglaubliche Zahlen aus England

Aktuell über 80 Prozent der Corona-Toten geimpft

https://reitschuster.de/post/wirksamkeit-der-impfung-unglaubliche-zahlen-aus-england/

- **VERÖFFENTLICHT AM 25. Nov 2021**

Von Mario Martin

Die Einführung der Impfpflicht für Februar 2022 in Österreich markiert einen Dammbruch, der sich schon einige Zeit durch die Verschiebung der Rhetorik in der polit-medialen Öffentlichkeit abgezeichnet hatte.

Es macht den Eindruck, als würde das nun immer schneller bröckelnde Impf-Narrativ dazu führen, seitens der hilflosen Politik den Zwang nun noch einmal radikal zu verschärfen.

Es ist wohl nur eine Frage der Zeit, bis weitere europäische Länder dem Vorbild Österreichs folgen und ebenfalls eine Impfpflicht erlassen.

Weltweite Proteste

Die Reaktion darauf sind weltweite Proteste. In Australien, Kanada, Holland, Belgien, Italien, Kroatien, Österreich, Georgien, Japan und in vielen anderen Ländern fanden letztes Wochenende große Demonstrationen statt. Die Menschen strömten auf die Straßen. Hier einige Eindrücke:

Zagreb: “Unsere Kinder kriegt ihr nicht.”

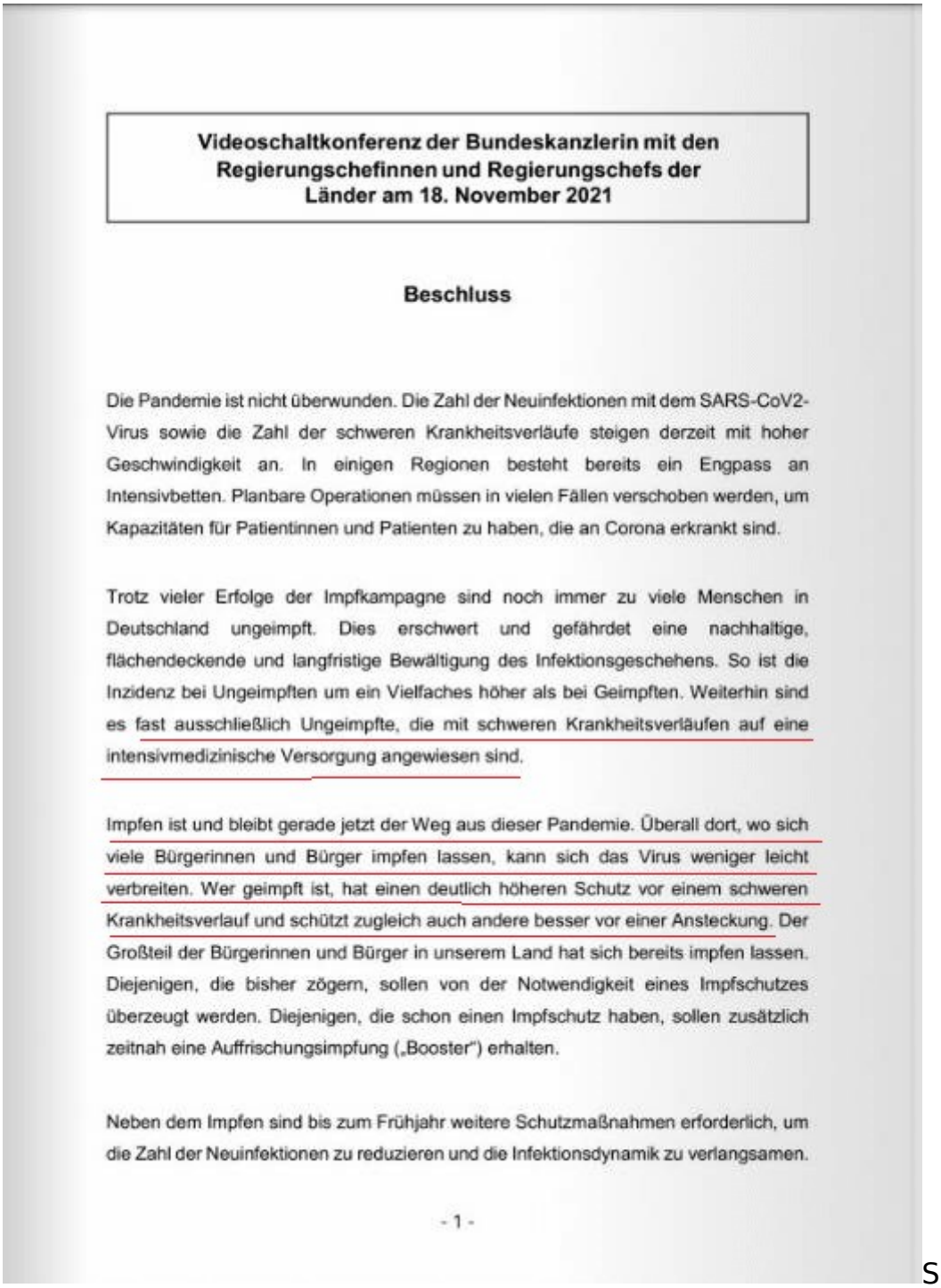
Australien sagt nein:

Das Schweigen der Politik und der Medien ist schallend.

Impfpflicht zerstört Fundament der Gesellschaft

Ist die Impfpflicht das letzte Aufbäumen vor dem Absturz? Die Evidenz ergießt sich über die immer plumperen und unverhohleneren Panikrufe, Lügen und Durchhalteparolen der Medien und Politiker.

Beispielhaft dafür die erste Seite der Beschlussvorlage der letzten Ministerpräsidentenkonferenz (“inoffizielles Gremium der deutschen Länder”). Es reiht sich eine Falschaussage an die nächste:



Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 18. November 2021

Beschluss

Die Pandemie ist nicht überwunden. Die Zahl der Neuinfektionen mit dem SARS-CoV2-Virus sowie die Zahl der schweren Krankheitsverläufe steigen derzeit mit hoher Geschwindigkeit an. In einigen Regionen besteht bereits ein Engpass an Intensivbetten. Planbare Operationen müssen in vielen Fällen verschoben werden, um Kapazitäten für Patientinnen und Patienten zu haben, die an Corona erkrankt sind.

Trotz vieler Erfolge der Impfkampagne sind noch immer zu viele Menschen in Deutschland ungeimpft. Dies erschwert und gefährdet eine nachhaltige, flächendeckende und langfristige Bewältigung des Infektionsgeschehens. So ist die Inzidenz bei Ungeimpften um ein Vielfaches höher als bei Geimpften. Weiterhin sind es fast ausschließlich Ungeimpfte, die mit schweren Krankheitsverläufen auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind.

Impfen ist und bleibt gerade jetzt der Weg aus dieser Pandemie. Überall dort, wo sich viele Bürgerinnen und Bürger impfen lassen, kann sich das Virus weniger leicht verbreiten. Wer geimpft ist, hat einen deutlich höheren Schutz vor einem schweren Krankheitsverlauf und schützt zugleich auch andere besser vor einer Ansteckung. Der Großteil der Bürgerinnen und Bürger in unserem Land hat sich bereits impfen lassen. Diejenigen, die bisher zögern, sollen von der Notwendigkeit eines Impfschutzes überzeugt werden. Diejenigen, die schon einen Impfschutz haben, sollen zusätzlich zeitnah eine Auffrischungsimpfung („Booster") erhalten.

Neben dem Impfen sind bis zum Frühjahr weitere Schutzmaßnahmen erforderlich, um die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren und die Infektionsdynamik zu verlangsamen.

- 1 -

Seite 1 der Beschlussvorlage der MPK vom 18.11.21
(Quelle: Bild.de)

Die Impfpflicht wird wohl auch bei uns Realität werden. Immer lauter werden die Rufe der Spalter und Wissenschaftsfeinde. Natürlich von höchster Stelle stets verneint:

Tritt eine Impfpflicht für diese vorläufig zugelassenen Impfstoffe in Kraft, ist das gleichbedeutend mit der Zerstörung unseres Wertefundaments in Form des zweiten Artikels des Grundgesetzes: *(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich.*

Wieder einmal soll das Gemeinwohl durch den Abbau von Individualrechten geschützt werden. Die Gemeinschaft erhebt sich über den Willen des Individuums. Schließlich ist es zum guten Zweck. Wer dem zuwiderhandelt, der schadet der Volksgesundheit. Geschichte wiederholt sich nicht, aber sie reimt sich eben doch.

Und die drohende Impfpflicht wäre auch nicht mit der Masern-Impfpflicht vergleichbar, da der Masernimpfstoff eine Impfung im eigentlichen Sinne ist. Aber auch diese Impfpflicht greift in höchstem Maße in das Individualrecht ein. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Rechtmäßigkeit der Masern-Impfpflicht steht noch aus.

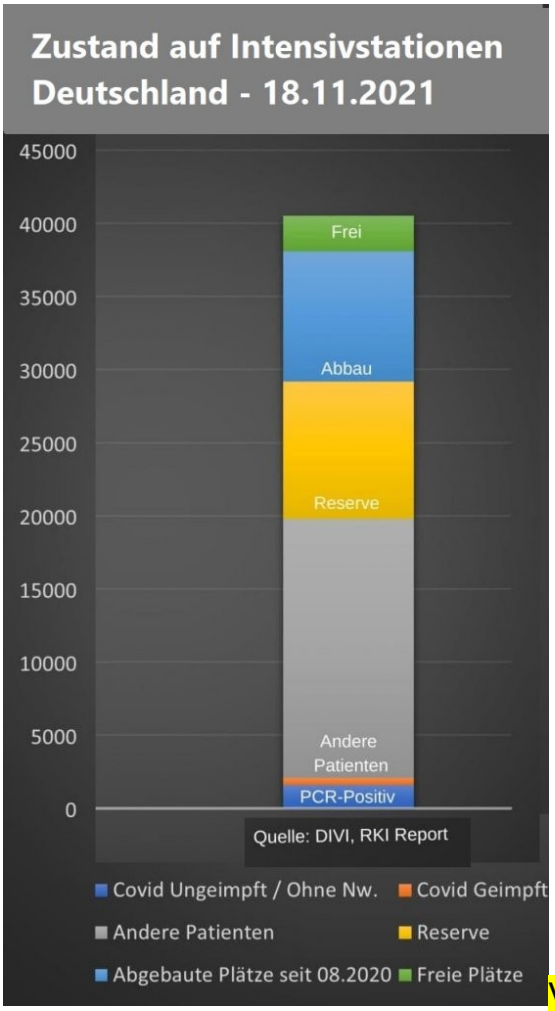
Politik im Panikmodus?

Die Politik wirkt in ihrer Trägheit wie ein Boxer kurz vor dem K.o. Die Angst ist greifbar, die fadenscheinige Verhinderung friedlicher Demonstrationen und das wohlwollende Hinnehmen der Zensur kritischer Stimmen sind ihr Ausdruck.

Ernst Jünger beschreibt diesen Zustand präzise in seinem Essay „Der Waldgang“:

„(…) Nunmehr muß jeder überwacht werden. (…) Die Ausspähung schiebt ihre Organe in jeden Block, in jedes Wohnhaus vor. Sie sucht selbst in die Familien einzudringen und erreicht ihre letzten Triumphe in den Selbstbezichtigungen der großen Schauprozesse: hier sehen wir das Individuum als seinen eigenen Polizisten auftreten und an seiner Vernichtung mitwirken.(…) Welch ein befremdender Anblick, diese hochgerüsteten, im Besitz aller Machtmittel sich brüstenden Staaten zugleich so überaus empfindlich zu sehen. Die Sorgfalt, die sie auf die Polizei verwenden müssen, vermindert ihre äußere Macht.(…) Wären die großen Massen so durchsichtig, so gleichgerichtet in den Atomen, wie die Propaganda es behauptet, dann wäre nicht mehr an Polizei vonnöten, als ein Schäfer Hunde für seine Herde braucht.“

Fieberhaft wird versucht zu vertuschen, was nicht mehr zu vertuschen ist. Das Versagen an allen Fronten. Aber für jeden sichtbar wird der Betrug beim Bettenabbau mitten in der tödlichen Pandemie. Und es kommt noch besser: Kliniken erhalten inzwischen bis zu 9.500 EUR pro COVID-19-Fall. Mit Unsummen von Geld werden Anreize für Krankenhäuser geschaffen, um sie zur Ausweisung möglichst vieler COVID-Fälle zu bewegen. Denn die aktuelle Verteilung wirft Fragen auf:



Verteilung der Patienten auf den Intensivstationen.
Der blaue Balken repräsentiert die seit 08/2020 abgebauten Plätze (Quelle: RKI, DIVI)
„Da wird Stimmungsmache betrieben“: Kassenärzte-Chef Gassen wirft „einigen Politikern und Experten“ vor, die derzeitige Corona-Situation zu dramatisieren. Er glaubt nicht daran, dass die Kliniken derzeit überlastet sind. RKI-Chef Wieler sieht das ganz anders, schreibt n-tv.

Wie kann dieser Sachverhalt zu einer Frage der subjektiven Ansicht werden? Entweder die Lage ist Fakt oder eben nicht. Wie kann RKI-Chef Wieler dies ganz anders sehen? Lebt er in einer anderen Realität, in der die Klinik-Apokalypse herrscht?

Selbst die Schlüsselfiguren des Impf-Epos pfeifen es inzwischen wie die Spatzen von den Dächern.

Harte Wahrheiten von höchster Stelle

Am 12.11. gab der US-Immunologe und Leiter des Nationalen Instituts für Allergie und Infektionskrankheiten (NIAID), Dr. Antony Fauci, der New York Times ein Interview. Fauci spielt in den USA etwa eine Doppelrolle aus Drosten und Wieler. Wobei Fauci zusätzlich verdächtigt wird,

sogenannte ‘Gain-of-Function’-Forschung finanziert zu haben, woraus dann das SARS-CoV-2-Virus entstanden sein könnte.

In dem Interview fielen Eingeständnisse des Impf-Versagens, die es von höchster Stelle bisher nicht gegeben hatte.

Auf die Frage nach den Daten aus Israel – einem Land, das noch im Frühjahr als „Impfweltmeister“ gefeiert wurde – antwortete Fauci wie folgt:

„Israel beobachtet einen Rückgang der Immunität nicht nur gegen Infektionen, sondern auch gegen Krankenhausaufenthalte und in gewissem Maße auch gegen den Tod, und das betrifft jetzt alle Altersgruppen. Es sind nicht nur ältere Menschen.“

Mit anderen Worten: Die Schutzwirkung der Impfstoffe lässt nicht nur in Bezug auf die Infektionsgefahr nach, sondern auch in Bezug auf schwere Verläufe und Tod. Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Impfstoffe in Ländern mit hohen Impfraten gab Fauci zu:

„Sie lässt so weit nach, dass immer mehr Menschen an Durchbruchsinfektionen erkranken, und immer mehr dieser Menschen, die an Durchbruchsinfektionen erkranken, landen im Krankenhaus.“

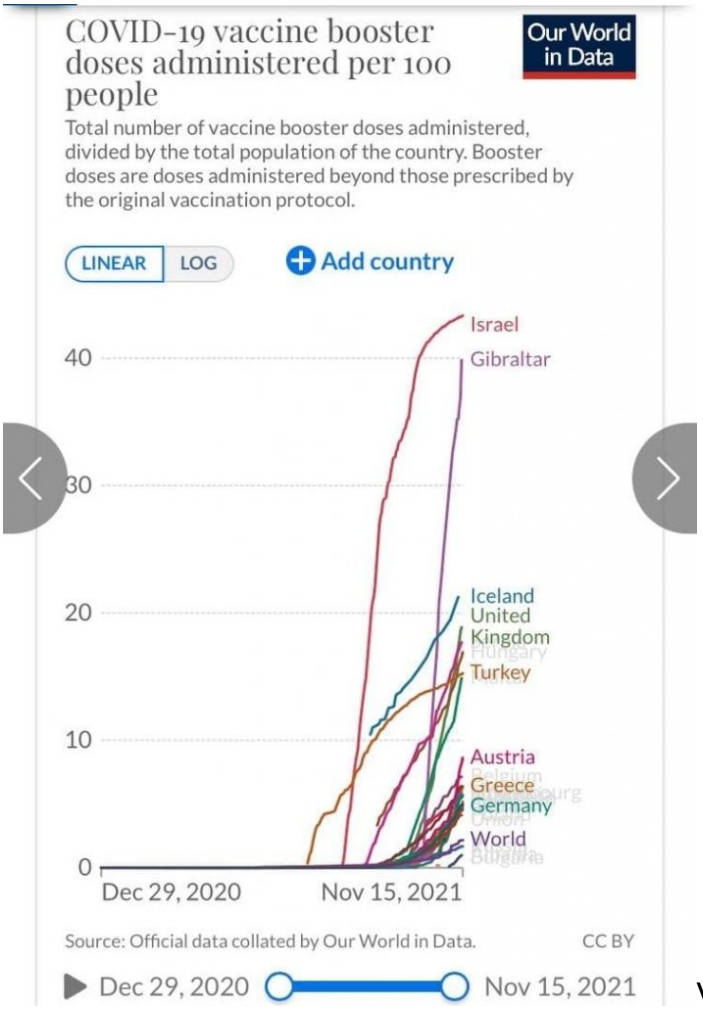
Diese Worte kommen dem Eingeständnis gleich, dass sich die Geimpften anstecken und immer mehr von ihnen im Krankenhaus landen, wo sie immer häufiger der Krankheit zum Opfer fallen.

Fauci hat die Problemlösung parat: “Ich denke, dass der Booster ein absolut wesentlicher Bestandteil unserer Reaktion sein wird. Kein Bonus, kein Luxus, sondern ein absolut wesentlicher Teil des Programms.”

Im Gespräch sagt Fauci sinngemäß, es müsse so lange geimpft werden, bis die Impfung wirke. Die Studien seien initial zu kurz gewesen, um sehen zu können, dass der Schlüssel zum Erfolg im ständigen Boostern liege.

Boostern in Israel

Israel ist das Land, das am weitesten mit seiner Impfkampagne fortgeschritten ist. Dort müssen sich die bereits vor mehr als 6 Monaten Geimpften boostern lassen, um den Impfstatus des “Grünen Passes” aufrechtzuerhalten.

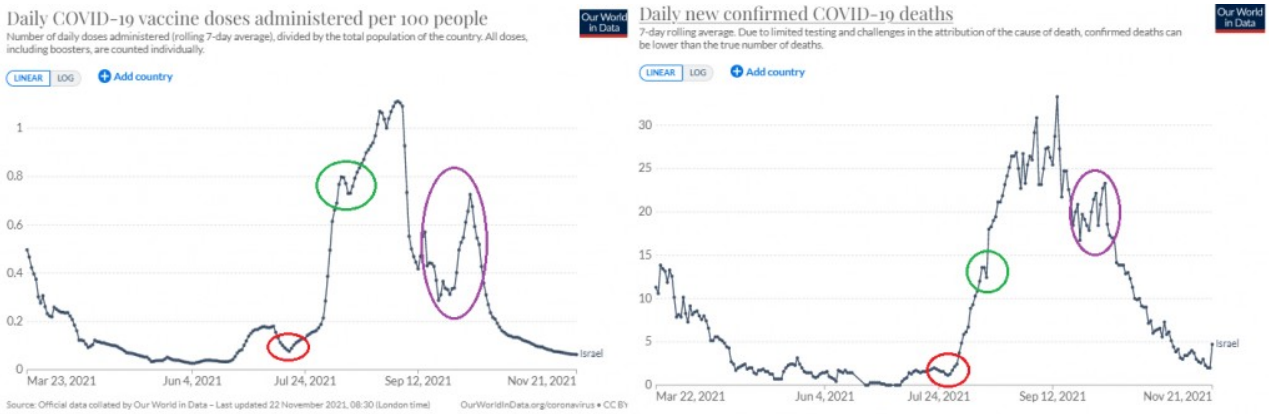


Verabreichte Booster-Impfungen pro 100 pro Land
(Quelle: ourworldindata.com)

Ein aktuelles Paper gibt Hinweise darauf (ausführlicher Bericht hier), wie relativ ineffizient der Booster in Anbetracht der ursprünglichen Erwartungen tatsächlich ist. Während die relative Risikoreduktion (RRR) im ersten Monat nach der Booster-Impfung sogar negativ zu sein scheint (Geboosterte sind 1,6-mal öfter PCR-positiv), steigt der Wert nicht auf die ursprünglich angenommenen rund 90 Prozent, sondern liegt im zweiten Monat bei 71 Prozent und im dritten Monat nur noch bei 64 Prozent RRR.

Immerhin ist hier im Vergleich zum ersten Monat überhaupt ein positiver Effekt sichtbar.

Könnte der Effekt im ersten Monat auch etwas mit folgender Korrelation zu tun haben?



Links: Anzahl der in Israel verabreichten Impfdosen pro 100 Menschen
Rechts: COVID-Tote pro Tag
(Quelle: ourworldindata.com)
In der Zusammenfassung der Analyse heißt es: “Die Analyse deutet darauf hin, dass der relative Schutz vor einer Infektion durch die Auffrischungsimpfung wahrscheinlich deutlich geringer ist als die ursprünglichen Schätzungen des Gesundheitsministeriums, die von einem 10- bis 11-fachen (über 90 %) ausgingen, und bestenfalls bei 60 % liegt.”

Wenn die relative Risikoreduktion aber nur bei bestenfalls 60 Prozent statt bei 90 Prozent liegt, hat dies gravierende Auswirkungen auf die individuelle Risiko-Nutzen-Analyse jedes Menschen.

Jens Spahn ist besorgt. Er ist besorgt um die Gesundheit der Bevölkerung und deshalb kauft er nicht nur Masken im großen Stil, die mitunter der Arbeitgeber seines Ehemanns, Daniel Funke, bereitstellt. Er kauft auch Impfdosen. Bis Ende des Jahres stehen bis zu 50 Millionen Impfdosen zur Verfügung.

Sollte Spahn den Menschen nicht reinen Wein einschenken, dass auch die Booster-Impfung nicht viel helfen wird?

Hauchdünne Salami

Von “die Impfung ist langfristig wirksam und sicher”, zu “die Impfung schützt vor Ansteckung zu 100 Prozent”, zu “die Impfung schützt in den meisten Fällen vor Ansteckung und ist mindestens ein Jahr wirksam”, zu “die Impfung schützt vor schweren Verläufen und ist 9 Monate wirksam”, zu “die Schutzwirkung der Impfung lässt nicht nur hinsichtlich der Infektionsgefahr nach, muss alle paar Monate erneuert werden und schützt immer weniger vor schweren Verläufen und Tod.”

Diese Strategie ist gemeinhin unter dem Namen “Salamitaktik” bekannt. Das brachte Jean-Claude Juncker so eindrücklich auf den Punkt, als er sagte: „Wir beschließen etwas, stellen das dann in den Raum und warten einige Zeit ab, was passiert. Wenn es dann kein großes Geschrei gibt und keine Aufstände, weil die meisten gar nicht begreifen, was da beschlossen wurde, dann machen wir weiter – Schritt für Schritt, bis es

kein Zurück mehr gibt.“ (Der Spiegel, Die Brüsseler Republik, 27. Dezember 1999)

Aber die Salamitaktik funktioniert auch andersherum beim Schuldeingeständnis. Und so wird das Impf-Narrativ Stück für Stück demontiert. Die Beweislast wird immer schwerer und damit fallen die aufgestellten Behauptungen Stück für Stück in sich zusammen. Es gleicht einer Beweisaufnahme, bei der der Verbrecher keine andere Möglichkeit hat, als immer weiter von seiner ursprünglichen Aussage abzurücken.

Nur, dass Teile der Politik im vorliegenden Fall immer fanatischer an der ursprünglichen Geschichte festhalten.

Das dicke Ende zum Schluss?

Ist damit das Ende der Fahnenstange erreicht? Wohl kaum. Denn angesichts der immensen Impfdurchbrüche auf den Intensivstationen anderer Länder erhärtet sich der Verdacht, dass der Nettonutzen der Impfung für viele Bevölkerungsgruppen negativ ist.

Einer der Erfinder der mRNA-Technologie, auf der die aktuell genutzten mRNA-Impfstoffe basieren, Dr. Robert W. Malone, hält die Impfung für die Mehrheit der Menschen für unnötig. Malone, einer der führenden Experten auf dem Gebiet der mRNA-Impfungen, gibt in einem Podcast zu bedenken, dass nach Betrachtung der Datenlage aus Israel die relative Risikoreduktion der Ansteckung bei 39 bis 60 Prozent liege, in Abhängigkeit von der Studie. Da die Impfung ursprünglich für einen früheren Virusstrang entwickelt wurde, wirkt die Impfung für die neueren Stränge nicht mehr in dem Maße, da der ursprüngliche Strang vollständig verdrängt wurde. Und damit sind auch die ursprünglich angepriesenen Reduktionsraten von über 90 Prozent längst nicht mehr vorhanden.

Die Durabilität (wie lange eine Impfung schützt) der Impfung wäre “nicht gut”. Diese liege bei sechs Monaten oder vielleicht auch weniger. Diese Aussage korrespondiert also mit den oben genannten Ausführungen von Anthony Fauci.

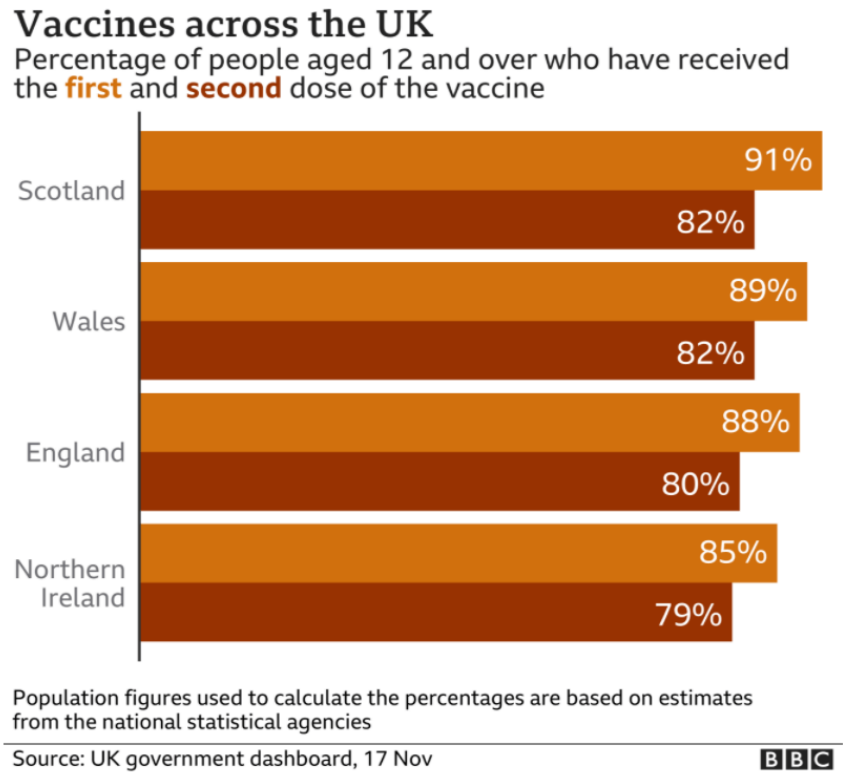
Die ursprüngliche knapp 90-prozentige Risikoreduktion hinsichtlich der Vermeidung von schweren und tödlichen Verläufen würde sich kontinuierlich reduzieren, da der ursprüngliche Strang inzwischen verdrängt ist.

Die Rate der Geimpften in den Krankenhäusern und Daten aus England

Genau diesen Effekt sehen wir in den Krankenhausdaten aus Großbritannien. Dort liegen die Daten vor, die hier in Deutschland unterschlagen werden.

Sehen Sie hier die Antwort des DIVI-Chefs Marx auf die Frage, wo denn die Impfstatus-Daten seien:

Um die folgenden Daten ins Verhältnis setzen zu können, vorneweg die Impfquote in Schottland und England:



UK-Impfquoten (Quelle: BBC)

Bitte behalten Sie bei der Betrachtung der folgenden Daten im Hinterkopf, dass diese auf der Unterteilung nach einem schwammigen Kriterium basieren – dem PCR-Test, der noch immer keine Infektionen nachweisen kann und nicht einheitlich kalibriert ist. Daten, die auf sogenannten „Fällen“ beruhen, sind hochgradig anfällig für Manipulation. Ob überhaupt etwas aus diesen Daten gefolgert werden kann, entscheiden Sie selbst.

Hier sehen wir eine Übersicht der hospitalisierten Patienten aus Schottland:

Table 19: Age-standardised rate of acute hospital admissions where an individual had a COVID-19 positive PCR test up to 14 days prior, on admission, or during their stay in hospital, by week and vaccination status, 09 October 2021 to 05 November 2021

Vaccination Status	Unvaccinated		1 Dose		2 Doses	
Week	No. hospitalised	Age standardised hospitalisation rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. hospitalised	Age standardised hospitalisation rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. hospitalised	Age standardised hospitalisation rate per 100,000 with 95% confidence intervals
09 October - 15 October 2021	119	**15.64** (11.59 - 19.68)	17	**12.74** (4.83 - 20.64)	410	**8.04** (7.25 - 8.83)
16 October - 22 October 2021	131	**19.46** (14.93 - 23.99)	24	**15.70** (5.77 - 25.62)	459	**8.96** (8.13 - 9.79)
23 October - 29 October 2021	143	**20.40** (15.80 - 25.00)	17	**11.83** (2.85 - 20.81)	448	**8.63** (7.83 - 9.44)
30 October - 05 November 2021	143	**22.17** (17.35 - 26.98)	18	**9.17** (3.05 - 15.29)	356	**6.87** (6.14 - 7.59)

Vaccination status is determined as at the date of positive PCR test according to the definitions described in Appendix 9. The data displayed within the greyed-out section (1 week) are considered preliminary and are subject to change as more data is updated. Age-standardised hospitalisation rates are per 100,000 people per week, standardised to the 2013 European Standard Population (see Appendix 9).

Hospitalisierte Patienten vom 9. Oktober bis 5. November mit COVID-19 (Quelle: Public Health Scotland)

Die Daten liefern folgendes Bild: Von den insgesamt 2.285 hospitalisierten COVID-19-Fällen (durch einen positiven PCR-Test bis zu 2 Wochen vor dem KH-Aufenthalt angezeigt), waren 1.673 doppelt geimpft. Das entspricht einem Anteil von 73,2 Prozent. Die Ungeimpften kommen auf einen Anteil von 23,5 Prozent. Drei Prozent entfallen auf die einfach Geimpften.

In England wird der Impfstatus ebenfalls nachvollzogen. Dort sind über 80 Prozent der Corona-Toten geimpft. Nur 18,3 Prozent der Verstorbenen waren ungeimpft. Allerdings muss der den Toten als COVID-positiv ausweisende Test länger als zwei Wochen nach der Zweitimpfung stattgefunden haben, um ihn statistisch als geimpften COVID-Toten zu erfassen. Stirbt der Geimpfte vorher, also vor Ablauf von 14 Tagen seit der Zweitimpfung, dann gilt er als ungeimpft.

Table 5. COVID-19 deaths (a) within 28 days and (b) within 60 days of positive specimen or with COVID-19 reported on death certificate, by vaccination status between week 42 and week 45 2021

Please note that corresponding rates by vaccination status can be found in Table 6.

(a)

Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 42 and week 45 2021	Total**	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date[1]
Under 18	11	1	10	0	0	0
18-29	12	0	9	0	2	1
30-39	40	1	25	0	4	10
40-49	91	3	44	0	3	41
50-59	232	5	102	0	9	116
60-69	548	4	151	0	20	373
70-79	991	7	153	0	16	815
≥80	1,751	5	181	3	43	1,519

COVID-Tote nach Impfstatus
(Quelle: UK Health Security Agency)

Einsichten, die durch statistische Tricks – wie durch die Umklassifizierung von geimpft zu ungeimpft, nach Reinfektion; durch Nicht-Angabe des Impfstatus im Krankenhaus und durch hohe Prämien pro COVID-19-Patient – bei uns derzeit noch verborgen bleiben. Oder trügt der Schein und auch diese Daten haben auch nur wenig Aussagkraft?

Das Verhältnis der absoluten Werte ist mit der Impfquote bei der Gruppe der alten – und damit hauptsächlich von COVID-betroffenen – Menschen ins Verhältnis zu setzen. In dem Report des UK Public Health heißt es deshalb: „Bei einer sehr hohen Durchimpfungsrate in der Bevölkerung ist selbst bei einem hochwirksamen Impfstoff zu erwarten, dass ein großer Anteil der ein großer Teil der Fälle, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle bei geimpften Personen auftreten würde, einfach weil ein größerer Anteil der Bevölkerung geimpft ist als ungeimpft und kein Impfstoff zu 100 % wirksam ist.“

In der nächsten Tabelle entnehmen wir daher die Inzidenzen aufgeteilt nach Fällen, Hospitalisierungen und Tod innerhalb von 28 und 60 Tagen nach einem positiven COVID-Testergebnis.

COVID-19 vaccine surveillance report – week 46

Table 6. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 14-16 of this report, and the footnotes provided on page 22.

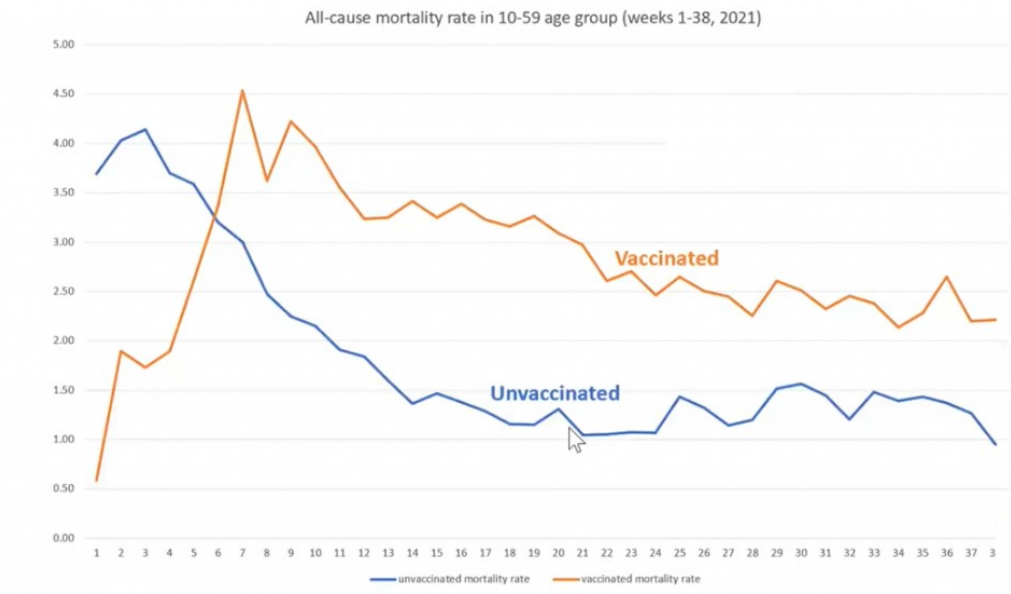
	Cases reported by specimen date between week 42 and week 45 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 42 and week 45 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 42 and week 45 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 42 and week 45 2021	
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	531.2	2,301.2	0.0	4.6	0.0	0.1	0.0	0.1
18-29	713.2	805.2	1.4	8.4	0.0	0.3	0.0	0.3
30-39	1,314.9	948.7	4.1	16.9	0.2	0.9	0.2	1.1
40-49	2,043.5	929.5	8.5	31.2	0.7	2.6	0.9	3.2
50-59	1,442.9	689.6	12.4	53.0	1.6	9.8	2.1	11.9
60-69	1,061.1	495.4	20.5	68.0	6.5	27.3	7.8	33.5
70-79	660.9	420.9	37.1	103.0	17.2	60.4	20.3	65.5
≥80	383.2	417.9	58.7	157.9	56.5	140.1	66.6	155.5

Lassen die Daten deshalb definitive Schlüsse hinsichtlich eines erhöhten Schutzes durch die Impfung zu? Nein, da es sich wieder nur um „Fallzahlen“ handelt.

Wer Einsichten hinsichtlich der Wirksamkeit der Impfung sucht, für den führt kein Weg an der Betrachtung aller Gestorbenen vorbei, nicht nur der Covid-Toten. Der objektivste Weg zur Untersuchung der Wirksamkeit, ist die Untersuchung aller Toten in Abhängigkeit des Impfstatus. Aber auch hier treten verschiedene Probleme auf, wie wir sehen werden. Diese Probleme spielen auch eine Rolle bei der Untersuchung der Sterberaten in den verschiedenen Bundesländern in Deutschland.

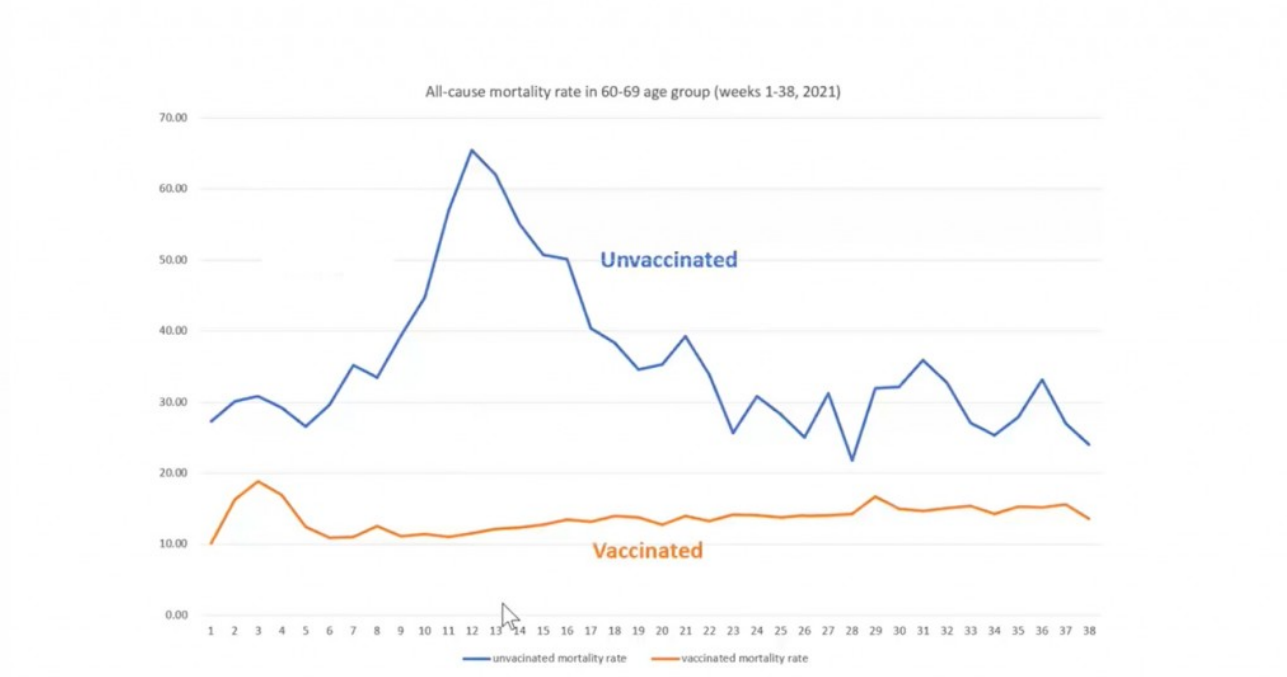
Untersuchen wir die Sterbedaten aus England genauer, sehen wir ebenfalls Merkwürdigkeiten.

Für die Altersgruppe der gestorbenen 10 bis 59-Jährigen ergibt sich folgender Verlauf (orange: geimpft, blau: ungeimpft):



Sterberaten in der Altersgruppe 10 bis 59 in Abhängigkeit des Impfstatus (Quelle: ons.gov.uk)
In dieser sehr weit gefassten Gruppe ging es mit der Durchimpfung im Vergleich zu älteren Jahrgängen erst später los. Die Rate der geimpften ist in etwa doppelt so hoch wie die der ungeimpften Verstorbenen. Bedenken Sie aber die mit der Zeit steigende Impfquote.

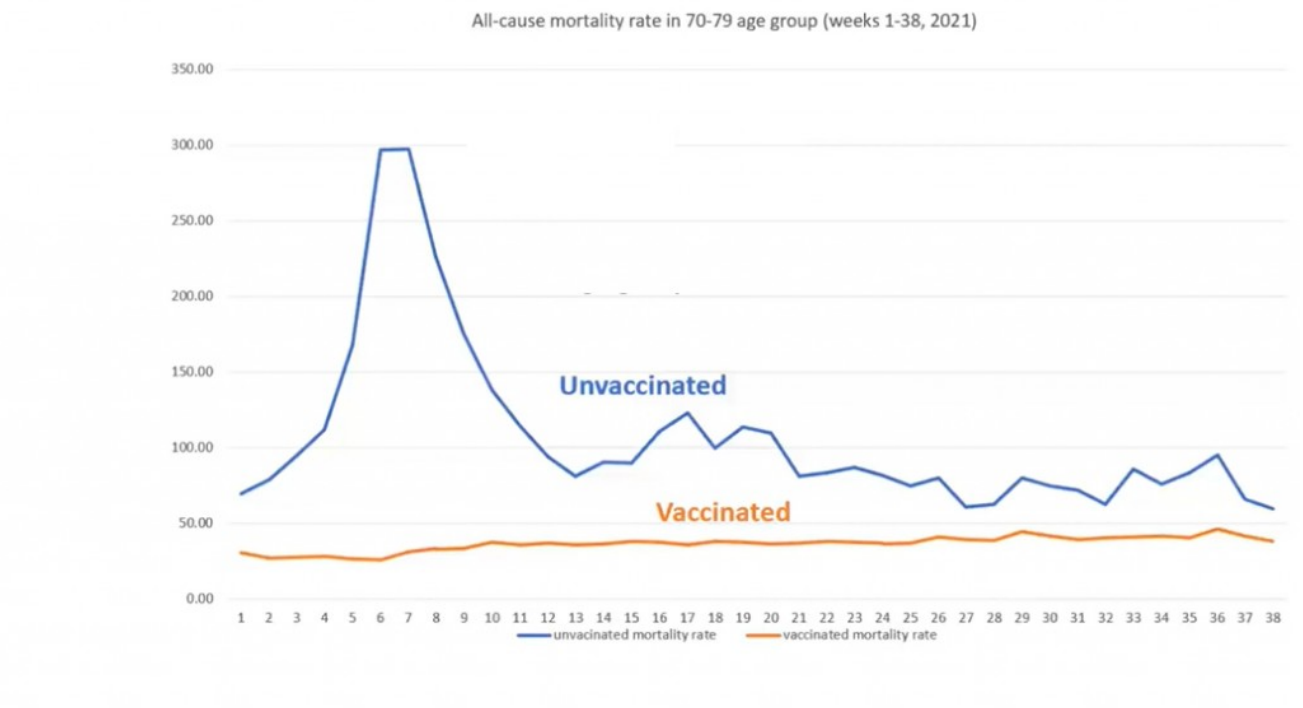
Die nächste Grafik zeigt die Altersgruppe der 60 bis 69-Jährigen:



Sterberaten in der Altersgruppe 60 bis 69 in Abhängigkeit des Impfstatus (Quelle: ons.gov.uk)
Hier nun also ein ganz andere Bild. Nun dominieren die Ungeimpften. Aber achten Sie auf den Ausschlag bei den Ungeimpften in den Wochen 10 bis

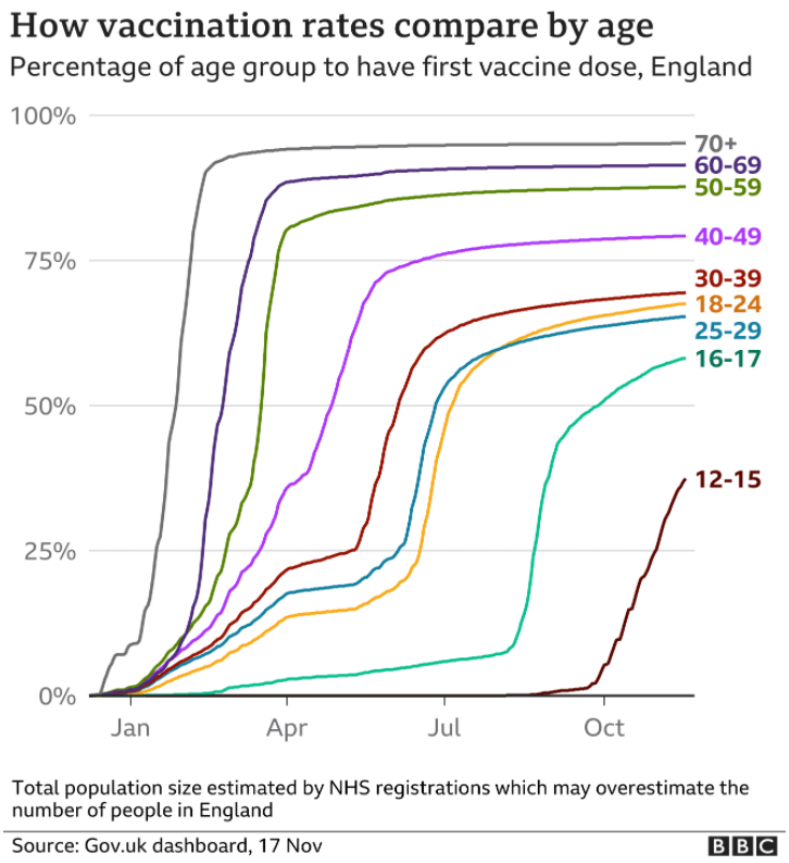
14. Das ist der Zeitraum, in der diese Altersgruppe durchgeimpft wurde. Hier nun ein heftiger Ausschlag nach oben. Wir erinnern uns, dass der Impfstatus sich in der Statistik erst nachträglich ändert und nicht zum Zeitpunkt der eigentlichen Impfung.

Nun die Sterbedaten für die Altersgruppe 70 bis 79:

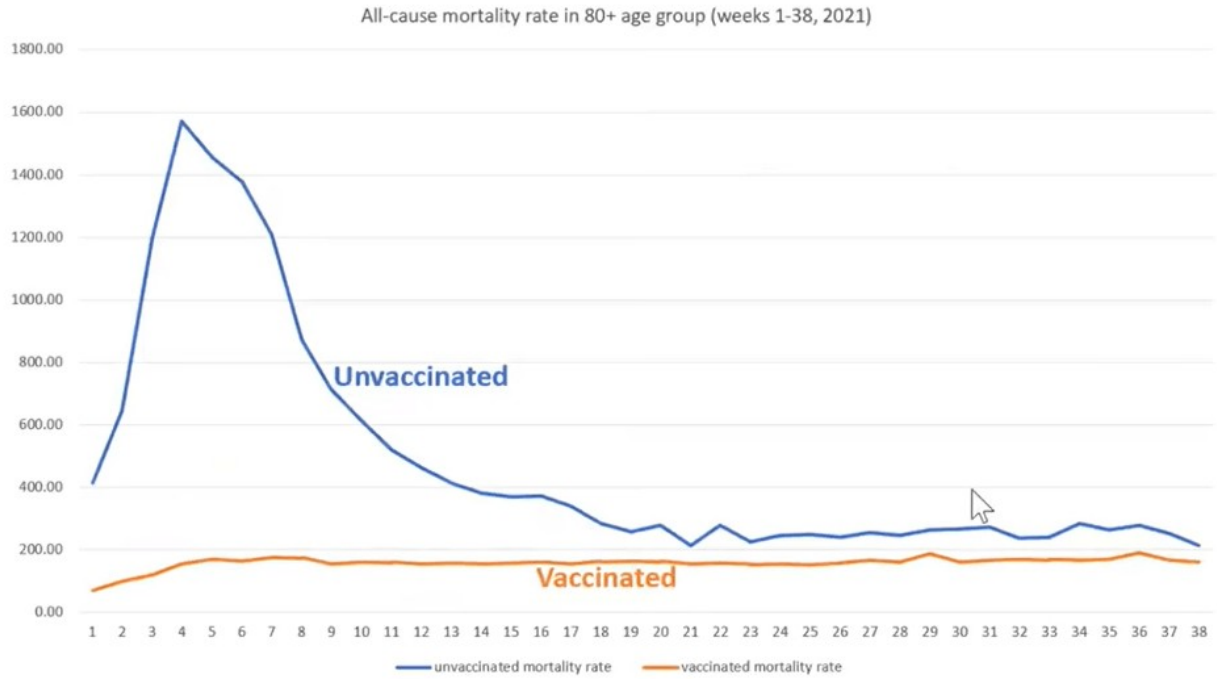


Sterberaten in der Altersgruppe 70 bis 79 in Abhängigkeit des Impfstatus (Quelle: ons.gov.uk)
Wir sehen den gleichen Effekt wie im vorherigen Bild, nur dass diesmal der Ausschlag in den Wochen 5 bis 9 stattfand. Auch hier war es der Zeitraum, in dem diese Altersgruppe die erste Impfung erhielt.

Hier der Verlauf der britischen Impfkampagne:



UK Impf-Fortschritt nach Altersgruppen
(Quelle: BBC, gov.uk)
Zuletzt noch die Altersgruppe 80+. Wir sehen das gewohnte Muster. Diesmal setzt der Effekt aber noch früher ein. Diese Altersgruppe war als erstes an der Reihe:



Sterberaten in der Altersgruppe 80+ in Abhängigkeit des Impfstatus (Quelle: ons.gov.uk)
Was sehen wir hier? Und wie sind diese Auffälligkeiten zu erklären?

Was wir wissen, ist, dass die Impfung nicht vor Ansteckung schützt und dass gerade infizierte Geimpfte die Gefahren der möglichen Verbreitung nicht erkennen, da sie sich sorgloser im Alltag bewegen, ohne dass die Viruslast im Vergleich zu Ungeimpften reduziert wäre. In wieweit die Impfung vor schweren Verläufen und Tod schützt, kann durch die schwammige Datengrundlage, die auf den sog. „Fällen“ beruht, nicht abschließend geklärt werden.

Der Schlüssel zur Antwort zur Beurteilung der Effektivität liegt in der Begutachtung der Gesamtsterbezahlen nach Impfstatus. Allerdings treten auch hier Klassifizierungs-, Alters-, Melde- und andere Störeffekte auf, um die die Statistik bereinigt werden muss. Die Zahlen aus England lassen nichts Gutes ahnen. Es erscheint so, als ob die Impfung eine Übersterblichkeit erzeugt.

Der oben erwähnte Dr. Malone kommt in Anbetracht der relativen Ungefährlichkeit von COVID-19 für nicht fettleibige Menschen ohne Vorerkrankungen zu der Beurteilung, dass das Risiko-Nutzen-Profil der Impfung für die meisten Menschen negativ ist. Das heißt, die potenziellen unmittelbaren Impfschäden werden durch den Schutz vor der COVID-19-Erkrankung seiner Meinung nach nicht aufgewogen. Wobei Überlegungen zu möglichen Langzeitschäden der Impfung hier noch nicht berücksichtigt sind.

Wissenschaft contra Politik

Sind dies Daten einer Impfung, für die es sich lohnen würde, den Restbestand des gesellschaftlichen Friedens aufs Spiel zu setzen?

Die Antwort auf diese Frage gibt in der angesehenen medizinischen Fachzeitschrift “The Lancet” Prof. Dr. Günter Kampf von der Universität Greifswald. Er schreibt in einer Replik (Correspondence), die die aktuelle Studienlage zusammenfasst: “Es ist daher falsch und gefährlich, von einer Pandemie der Ungeimpften zu sprechen. In der Vergangenheit haben sowohl die USA als auch Deutschland negative Erfahrungen mit der Stigmatisierung von Teilen der Bevölkerung aufgrund ihrer Hautfarbe oder Religion gemacht. Ich fordere hochrangige Beamte und Wissenschaftler auf, die unangemessene Stigmatisierung ungeimpfter Menschen, zu denen unsere Patienten, Kollegen und andere Mitbürger gehören, zu beenden und zusätzliche Anstrengungen zu unternehmen, um die Gesellschaft zusammenzubringen.”

Kampf hat sich tiefgehender mit der Frage der Impfdurchbrüche auseinandergesetzt. Am 19. November 2021 legte er mit einem Brief (Letter), der ebenfalls im Lancet veröffentlicht wurde, nach. Er merkt die immer auffälliger werdenden Impfdurchbrüche an und schreibt:

“Die US-amerikanischen Zentren für Krankheitskontrolle und -prävention (CDC) bezeichnen vier der fünf Bezirke mit dem höchsten Prozentsatz an vollständig geimpfter Bevölkerung (99,9-84,3 %) als Bezirke mit „hoher“ Übertragung. Viele Entscheidungsträger gehen davon aus, dass die Geimpften als Übertragungsquelle ausgeschlossen werden können. Es erscheint grob fahrlässig, die geimpfte Bevölkerung als mögliche und relevante Übertragungsquelle zu ignorieren, wenn über Maßnahmen zur Kontrolle der öffentlichen Gesundheit entschieden wird.”

Medizinethisches Impfen

Als medizinethische Richtlinie für das ärztliche Handeln existiert der Nürnberger Kodex. Er wurde nach den Nazi-Verbrechen im Anschluss an die Nürnberger Prozesse aufgestellt und wird anscheinend heute an den Unis nicht mehr gelehrt.

Gleich im ersten Satz wird deutlich, dass das aktuelle Vorgehen (auch ohne Impfpflicht) im Widerspruch zu den aufgestellten Grundsätzen steht. Ein medizinischer Eingriff darf nur “unbeeinflusst durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Überredung oder des Zwanges” durchgeführt werden.

Trifft eine der genannten Beeinflussungen im Hinblick auf die COVID-Impfung nicht zu?

“Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.” [..] “Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.”

Diese Sätze stammen nicht aus dem Nürnberger Kodex, sondern aus der Genfer Deklaration des Weltärztebundes von 1948. Der modernen Variante des Eids des Hippokrates. Sie ist der Berufsordnung für die deutschen Ärzte als deren Präambel vorangestellt.

Quelle 15

Bei Berücksichtigung aller schweren Erkrankungen schaden die Covid-19 "Impfungen" mehr als sie nutzen.

04.11.21 Bericht über eine neue Auswertung der Zulassungsstudien

Lesen Sie die Original-Arbeit in Englisch hier:
Classen B. US COVID-19 Vaccines Proven to Cause More Harm than Good Based on Pivotal Clinical Trial Data Analyzed Using the Proper Scientific Endpoint, "All Cause Severe Morbidity". Trends Int Med. 2021; 1(1): 1-6.

Drei COVID-19-Impfstoffe wurden in den USA von der FDA im Rahmen einer Notfallgenehmigung (Emergency Use Authorization - EUA) zum Verkauf freigegeben, und zwar auf der Grundlage eines klinischen Studiendesigns, bei dem ein primärer Surrogatendpunkt für die Gesundheit, nämlich schwere Infektionen mit COVID-19, verwendet wurde.
Dieses klinische Studiendesign hat sich als gefährlich irreführend erwiesen. In vielen Bereichen der Medizin, z. B. in der Onkologie, hat man bei wichtigen Studien die Verwendung allein krankheitsspezifischer Endpunte (z. B. Todesfälle bei Krebs) aufgegeben und die "Gesamtmortalität oder -morbidität" als den korrekten wissenschaftlichen Endpunkt einer klinischen Studie angenommen.
Jetzt wurden die Daten der klinischen Zulassungsstudien für die drei vermarkteten COVID-19-Impfstoffe entsprechend neu analysiert, wobei die "schwere Krankheit durch ALLE Ursachen",

(also nicht nur durch Covid-19) als wissenschaftliches Maß für Gesundheit und primärer Endpunkt verwendet wurde.

Die "schwere Morbidität durch alle Ursachen" in der Behandlungs- und in der Kontrollgruppe wurde durch Addition aller in den klinischen Studien gemeldeten schweren Ereignisse berechnet. Zu den schwerwiegenden Ereignissen zählten sowohl schwere Infektionen mit COVID-19 als auch alle anderen schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse -also auch mögliche schwere Nebenwirkungen- in der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe.

Bei dieser Analyse wird der Verringerung schwerer COVID-19-Infektionen das gleiche Gewicht beigemessen wie unerwünschten Ereignissen von gleichem Schweregrad. Die Ergebnisse belegen, dass in der Gesamtschau keiner der Impfstoffe einen gesundheitlichen Nutzen bietet, und alle zulassungsrelevanten Studien zeigen einen statisch **signifikanten Anstieg der "schweren Morbidität aller Ursachen" in der geimpften Gruppe** im Vergleich zur Placebogruppe.
Auf der Grundlage dieser Daten ist es so gut wie sicher, dass die Massenimpfung gegen COVID-19 der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen schadet. Nach wissenschaftlichen Grundsätzen muss die Massenimpfung mit COVID-19-Impfstoffen sofort gestoppt werden, denn wir stehen vor einer drohenden impfbedingten Katastrophe für die öffentliche Gesundheit.

Quelle 16

Bericht zur Coronalage: 7.800 Euro Kopfprämie für wundersame Corona-Vermehrung

https://reitschuster.de/post/bericht-zur-coronalage-7-800-euro-kopfpraemie-fuer-wundersame-corona-vermehrung/

Deutschen Krankenhäusern wird eine Prämie von 7.800 Euro und mehr für jeden regulären Patienten bezahlt, den

man durch einen positiven Test statistisch in einen stationären Corona-Fall umdeuten kann.
Gestern Abend teilte mir der leitende Arzt einer großen Klinik Folgendes mit: Es gibt, gültig seit 1. November, für jeden positiv Corona-getesteten und an das Gesundheitsamt gemeldeten Patienten im Krankenhaus **zusätzlich** zur normalen Abrechnung 7.800 Euro, wenn er mindestens 2 Nächte im Krankenhaus verbleibt, steigerungsfähig bei längerem Aufenthalt bis knapp 10.000 Euro. Covidsymptome muss der Patienten gar nicht haben, es reicht ein Test. Ein völlig grotesker Anreiz mit Folgen. Knöchel verstaucht, positiver Test: „Bleiben Sie besser zwei Tage zur Beobachtung hier." So füllt man die Krankenhäuser mit angeblichen Coronakranken, ganz ohne Arbeit, denn diese Patienten sind ja grundsätzlich fit, und verdient sich dabei eine goldene Krankenhausnase. Die Quote der Belegungsstatistik wird sich durch diese grob manipulierten Daten erhöhen, in einer Zeit, in der wir die Belegung der Krankenhäuser zum Hauptentscheidungskriterium für eine Pandemie-Politik machen. Das Geld kommt dabei direkt vom Bund.
Wieder mal wirft auch der aktuelle „Wöchentliche Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)", mit Stand 2.12.2021, einige Fragen auf. Im Folgenden möchte ich auf die Hauptpunkte eingehen. Vorher zwei Bemerkungen:
Erstens: Das RKI spricht bei positiven Corona-Testergebnissen immer noch von *Fällen*, obwohl es Virustrümmer-Nachweise ohne Beweis einer Infektion sind. Außerdem werden die „Fälle" in absoluten Zahlen dargestellt und nicht im Verhältnis zur Gesamtzahl der Tests, was kaum Rückschlüsse auf die tatsächliche Infektionslage der Gesamtbevölkerung zulässt. Beides ist meiner Meinung nach grob irreführend.
Zweitens: Das Corona-Sterbegeschehen entspricht nach zutreffender Meinung von RKI-Mitarbeitern im Frühjahr 2020 einer milden und im Winter 20/21 einer schweren Grippewelle. In diesem Artikel des Ärzteblatts (eingereichte revidierte Fassung 3.2.2021) kann man, zwar versteckt auf Seite 5, aber klar und deutlich lesen:
„Verglichen mit den Vorjahren verlief die Übersterblichkeit im Frühjahr etwa auf dem Niveau der Influenzawelle 2019 und war im Herbst ähnlich wie in den Influenzawellen 2017/2018".
Nun zum Wochenbericht in möglichst kurzen Worten:

COVID-Sterblichkeit und COVID-Intensivbelegung passen nicht zusammen. Wer liegt als COVID-Patient auf Intensiv?

- Abbildung 2 zeigt, dass die Zahl der COVID-„Fälle“ auf dem Niveau des Winters 20/21 liegt.
- Abbildung 8 und 9 zeigen, dass die hospitalisierten Fälle weiter vor allem die 60- bis 79- und die 80-Jährigen und darüber betreffen.
- Abbildung 12 zeigt die Gesamtzahl der intensivpflichtigen SARI-Patienten (schwere Atemwegsinfektionen). Sie liegt auf dem Niveau des Frühjahrs 2020 (blaue Balken). Davon ist aber der Anteil an COVID-19-Fällen deutlich gestiegen, aktuell auf 80 Prozent (rote Linie). (Kleine Kritik an der Darstellung: Die rote Kurve übersteigt die blauen Balken, obwohl sie nur 80 Prozent davon ausmachen).
- Abbildung 13 zeigt die nach dem Intensivregister der DIVI gemeldeten COVID-Intensiv-Fälle. Im Frühjahr max. 2.905, im Winter 20/21 max. 5.762, und aktuell 4.690 Patienten. Aktuell wird laut DIVI ca. die Hälfte davon invasiv beatmet.
- Und jetzt die entscheidende Abbildung 15. Sie zeigt, dass das Sterbegeschehen auf einem viel niedrigeren Niveau als im Winter 20/21 liegt. Leider fehlt das Frühjahr 2020. Denn die aktuelle COVID-Sterblichkeit liegt sogar darunter. Also unter dem, was RKI-Mitarbeiter als leichte Grippewelle (2019) bezeichnet haben. Wenn es sehr viele COVID-„Fälle“ gibt und gleichzeitig so wenige sterben, könnte man das als Beleg für den Erfolg der Impfung ansehen. Man könnte aber auch sagen, dass die Schwächsten bereits im Winter 20/21 gestorben sind. Einer schweren Grippewelle folgt meist eine mildere. Man könnte auch argumentieren, dass saisonale Atemwegsviren durch Mutation und Kreuzimmunitäten ihre Pathogenität verlieren und langsam zu einer Endemie werden.

  Aber wieso liegen dann so viele alte COVID-Patienten auf Intensiv, fast so viele wie im Winter 20/21? Und davon sogar derzeit die Hälfte invasiv beatmet. Das müsste eine viel höhere Sterblichkeitsrate verursachen, die es aber nicht gibt. Damit stellt sich für mich die Frage: Wer liegt als COVID-Patient auf Intensiv und geht nicht in die deutsche COVID-Sterblichkeitsstatistik ein? Ich habe eine Vermutung, die aber noch nicht ausreichend bestätigt ist, um sie zu äußern.

Komplett irreführende Darstellung drohender Intensivüberlastungen

Auf den ersten Blick suggeriert Abbildung 14 eine erschreckende Überlastung der Intensivabteilungen, verursacht von COVID-19-Patienten. Doch dies ist grob falsch. Bekanntlich ist die Intensivbelegung seit Frühjahr 2020 auf einem fast konstanten Niveau von 20.000 Patienten. Der maximale Anteil an COVID-Fällen betrug dabei im Winter 20/21 ca. 30 Prozent. Im Jahresschnitt aller Kliniken betrug er knapp 4 Prozent Bericht zur Coronalage vom 20.09.2021: Zwei-Prozent. Die Skandal-Zahl.
Dass die Belegung von Intensivstationen immer auf einem möglichst hohen Niveau gehalten wird, ist auch abrechnungstechnisch zu verstehen. Wenn wenig los ist, werden auch Fälle dorthin verlegt, bei denen es nicht wirklich notwendig ist. Diese können bei Aufnahme vieler schwerer Fälle wieder auf Normalstation zurückverlegt werden. Business as usual. Abgenommen haben aber im Verlauf der Corona-Krise dennoch die freien Betten, bekanntlich über 5.000.

Die DIVI windet sich heraus, dieser Bettenabbau sei die Folge von Umstrukturierung wegen aufwändiger Quarantäneanforderungen. Doch der größte Rückgang der zur Verfügung stehenden Intensiv-Betten steht im zeitlichen Zusammenhang mit den Änderungen der Abrechnungsmodalitäten. Da ab November 2020 nur Intensivabteilungen hohe COVID-Zulagen bekamen, die eine 75-prozentige Auslastung gemeldet haben, wurden freie Betten einfach nicht gemeldet, wenn es notwendig war, die 75 Prozent darzustellen. Dies ist ein sehr logischer Schluss. Selbst der Bundesrechnungshof spricht hier höflich von „unerwünschten Mitnahmeeffekten“. Intensivbetten-Recherche: Der Fall Schrappe – WELT (WELT plus, 29.6.2021)
Außerdem macht sich der jahrelang sträflich vernachlässigte Pflegekraftmangel schmerzlich bemerkbar, da nun viele Intensivbetten aus diesem Grund nicht betrieben werden können. Das Testchaos treibt diese Entwicklung weiter an. In dieser Situation eine unheilige Impfpflicht insbesondere für Mitarbeiter im Pflegedienst anzukündigen, kann man nur als verrückt bezeichnen. Ich habe genügend Pflegekräfte gesprochen, die von erheblichen Nebenwirkungen – sogar Todesfällen – von Mitarbeitern nach Impfung berichten, denen nicht offiziell nachgegangen wurde. Viele der bis jetzt ungeimpften Pflegekräfte haben Angst vor dieser Impfung und werden dann den Dienst quittieren (ähnliches ist in Frankreich bereits passiert).

Die Abbildung 14 zeigt diesen Abbau der freien Betten, suggeriert aber, dies sei eine Folge der extrem steil ansteigenden roten Kurve der COVID-Fälle. Damit kann man anscheinend Ministerpräsidenten in Panik versetzen, aber niemanden, der eins und eins zusammenzählen kann. Nicht COVID-19 führt zu lokal und zeitlich begrenzten Überlastungen von Intensivabteilungen (die jedoch stets durch Verlegung aufgefangen werden können). Vielmehr führt ein sich verschärfender Pflegekraftmangel in einer immer älter werdenden Gesellschaft Pflegeeinheiten immer häufiger über ihre Belastungsgrenzen. Dies bedeutet nichts anderes als ein tiefgehendes Versäumnis der Gesundheitspolitik und der Krankenhausführungen, für das nun die gesamte Gesellschaft durch Freiheitsentzug und unseligen Impfzwang in Haftung genommen wird. Und das Bundesverfassungsgericht findet das richtig (wer zweifelt daran, dass es auch den Impfzwang abnickt?)

Pandemie der Ungeimpften? Eher Pandemie der Unwissenheit – oder der Lügen?

Auf Seite 21 des RKI-Wochenberichtes steht:

„Für die Berechnung der jeweiligen Inzidenzen wurden die vollständig geimpften und ungeimpften Fälle zur vollständig geimpften und zur ungeimpften Bevölkerung ins Verhältnis gesetzt. Für den in Abbildung 17 dargestellten Zeitraum lagen für 706.863 der 836.135 (85%) übermittelten symptomatischen COVID-19-Fälle bzw. für 41.745 der 60.387 (69%) übermittelten hospitalisierten COVID-19-Fälle ausreichende Angaben zum Impfstatus vor.“
Sprich: Bei Krankenhauspatienten ist bei einem Drittel der Impfstatus unklar.

Tabelle 3 auf Seite 23 gibt Aufschluss über die sogenannten Impfdurchbrüche. Also Erkrankung trotz, wegen, wer weiß das schon, Impfung. Allerdings ohne Bezug zur Gesamtimpfquote der jeweiligen Altersgruppen (Abbildung 16).

Man sieht den Anteil der „Impfdurchbrüche“ insgesamt bei den 18- bis 59-Jährigen bei 50 Prozent (Impfquote ca. 75 Prozent) und bei den 60+-Jährigen bei 71,3 Prozent (Impfquote 85 Prozent). Allein bezogen auf Hospitalisierte liegt der Anteil bei „Impfdurchbrüchen“ entsprechend bei 29 bzw. bei 54,5

Prozent. Bei Intensivpatienten liegt er bei 15,7 bzw. 44,5 Prozent. Bei den Verstorbenen 18,2 bzw. 48 Prozent.

Rechnet man die Impfquoten dazu, sind nach diesen Berechnungen mehr COVID-Ungeimpfte im Krankenhaus, wenngleich die Unterschiede viel kleiner sind, als es die Brachialrhetorik der „Pandemie der Ungeimpften“ glauben machen will. Ganz abgesehen davon, dass mit der Impfung etwas ganz anderes versprochen wurde….

Doch wie funktioniert eigentlich die Ermittlung des Impfstatus. Gibt es Standards? Und wie gehen die Behörden damit um? Markus Söder äußerte sich beispielsweise via Twitter am 18.11. „Leider nehmen die Corona-Infektionen gerade bei Ungeimpften dramatisch zu. Es gibt einen direkten Zusammenhang von niedrigen Impfquoten und hohen Infektionsraten. Lassen Sie sich daher bitte impfen. Nur Impfen hilft.“ Laut einer von ihm geposteten Grafik lag die Sieben-Tage-Inzidenz bei Ungeimpften bei 1.469 und bei Geimpften bei nur 110. Doch dem zuständigen Bayerischen Landesamt für Gesundheit ist der Impfstatus bei den allermeisten Fällen gar nicht bekannt. In der Woche vor dem 24.11. wurden dort beispielsweise 81.782 „Fälle“ gemeldet. Vollständig geimpft 9.641, ungeimpft 14.652. Unbekannt 57.489. Das sind ca. 70 Prozent. Die Behörde zählte diese Zahl der Unbekannten einfach zu den Ungeimpften, und auf dieses Verhältnis bezog sich der bayerische Ministerpräsident. Wie soll man das nennen? Täuschung? Inkompetenz? Lüge? Sie tun es bis heute. Gleiche Praktiken findet man auch beim Hamburger Senat. Ich konnte nicht erkennen, wie das RKI in seinem Wochenbericht bezüglich derjenigen ohne bekannten Impfstatus vorging.

All diese skandalösen Vorgänge werden in einem Bericht in der WELT „Pandemie der Unwissenheit“, entlarvt, erschienen am 3.12. Meines Wissens gibt es keinerlei Standards, mit dem der Impfstatus erfasst wird. Es gibt keine verbindliche Dokumentation. Erst recht nicht in Kombination mit Patienten, die an Krankheiten erkranken, die im breiten Nebenwirkungsspektrum der neuartigen COVID-Impfstoffe liegen. Also bei einer Impfung, die immer noch lediglich bedingt zugelassen ist.
Man muss es sich einmal klarmachen: Die Krankenhäuser haben als COVID-Ausgleichszahlungen 15 Milliarden Euro erhalten. Für den Aufbau von Intensivkapazitäten 600 Millionen. Das Ergebnis ist Intensivbetten-Abbau und eine Vertretung der Intensivmedizin, die es im Rahmen der DIVI-Tagesberichte immer

noch nicht geschafft hat, Alter, Geschlecht und Impfstatus der Intensivpatienten zu übermitteln. Sie bekommen es einfach nicht hin. Vielleicht sind die DIVI-Funktionäre zu sehr damit beschäftigt, in den Talkshows Panik zu verbreiten. Inzwischen musste die DIVI sogar von der Politik dazu beauftragt werden, wie die Welt schreibt:

„Am 13. November wurde die sogenannte „DIVI Intensiv-Register-Verordnung“ aktualisiert. Der Verband DIVI wird darin aufgefordert, künftig neben der Anzahl der Patienten unter anderem auch die Alterskohorten sowie den Impfstatus mitzuteilen, und zwar tagesaktuell. … Aber: Nichts ist passiert. Auf Anfrage erklärte die DIVI, es würde noch „ein paar wenige Wochen“ dauern. Und das RKI, das für die technische Umsetzung verantwortlich ist, erklärte: „Eine konkrete Frist zur Umsetzung der neuen Anforderungen (…) ist uns nicht bekannt.“ Der Prozess der Implementierung brauche „einige Zeit“. Einen genauen Zeitpunkt könne man nicht nennen.“
Angesichts der aktuellen Hetze gegen Ungeimpfte, zu der sich immer mehr Spitzenpersonal in diesem Land hinreißen lässt, fehlen mir die Worte für diesen Abgrund an Versagen. Die Fallhöhe wird immer größer.

Ein Nachtrag, 10.00 Uhr am 7.12.2021: Aus berufenem Mund erhielt ich eine Präzisierung des anfangs geschilderten Sachverhaltes: Die Regelung bzgl. der Corona-Sonderzahlung steht im neuen Infektionsschutzgesetz auf S. 11 im neuen § 21a KHG (unter Artikel 20e). Die Zahlungen werden nach einem Schlüssel ermittelt – z.B. aus Verweildauer, (ehem.) Leerstandspauschale –, der in jedem Krankenhaus anders ausfallen kann.
Diese Regelung gilt vom 1.11.21 bis zum 19.3.22 für jeden Corona-Patienten zusätzlich. Sie muss beantragt werden und ist wahrscheinlich ausgleichspflichtig. Es ist somit besonders lohnend für Häuser mit wenigen Fällen, Patienten, die keine Arbeit machen und normalerweise ambulant versorgt werden könnten, bei positivem Labortest ein paar Tage als COVID-Patienten stationär aufzunehmen.

Nachtrag 16 Uhr am 7.12.2021. Folgende Mail, die ich den Lesern nicht vorentalten will, erreichte mich heute:
Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich arbeite als Berufsbetreuer und habe daher mit Heimen und Kliniken zu tun.Ich wundere mich seit Beginn der Pandemie darüber, dass eine Vervielfachung der COVID-Patienten auf Intensivstationen im IDVI-Register nicht sichtbar sind. Diese werden als eigene Graphik ausgewiesen, man sieht diese Wellen aber nicht in der Gesamtbelegung. Dazu folgende Geschichten aus meiner Berufspraxis.

1. Eine ältere Dame litt unter COPD, d.h. die Fähigkeit der Lunge Sauerstoff aufzunehmen wird immer schlechter. Es gibt keine Heilung, man kann den Prozess nur verzögern. Am Ende steht der Tod durch Ersticken. Nach einem akuten Schub wurde die Clientin in eine Klinik gebracht, nach einem tag aber wieder entlassen. Das Telefonat mit dem Arzt verlief wie folgt: Arzt: Wir können ihr nicht mehr helfen. Wir haben sie zurück ins Heim entlassen, dort wird sie sterben. Sie ist doch noch negativ, oder? (Gemeint ist COVID). Ich: Ja. Arzt: Das ist gut. Wäre sie positiv, hätten wir sie wieder holen müssen. Das wäre nur eine Sterbeverlängeung gewesen, ist aber jetzt
Vorschrift. Zusammengefasst: Es ist Usus lebensverlängende Maßnahmen zu machen aber keine sterbeverlängernden. Außer bei positivem COVID-test, selbst wenn die zum Tode führende Erkrankung eine COPD ist.

2. Bei anderen Erkältungskrankheiten müssen die Heime solange warten, bis ein schwerer Verlauf eintritt, bevor eine Einweisung ins Krankenhaus erfolgt. Macht Sinn, jemand mit Schnupfen und leichtem Husten gehört nicht ins Krankenhaus. Außer bei COVID. Hier müssen die Heime jeden mit noch so milden Symptomen ins Krankenhaus bringen.

3. Zwei ältere Damen kommen mit COVID und leichten Symptomen in eine große Universitätsklinik, auf Normalstation. Logisch, sie sind ja nicht schwer krank. Zwei Tage später kommen beide auf Intensiv. *Vorsorglich!* Die Syptome sind immer noch leicht. Offenbar kann man das abrechnen ohne große Begründung.
Und jetzt der Bogen zum DIVI: Wenn ich Patienten die keine Intensivversorgung brauchen auf Intensivstation legen kann, dann kann ich die gleichen Patieten auch jederzeit zurückverlegen wenn ich den Platz für echte Intensivfälle brauche. Solange ich Patienten die positiv auf COVID getestet sind in der Klinik habe, kann ich die Intensivstation gleichmäßig auslasten.

Quelle 17

Corona-Impfung 43-mal tödlicher als Grippeimpfung?

https://reitschuster.de/post/corona-impfung-43-mal-toedlicher-als-grippeimpfung/

Schwere Nebenwirkungen waren bekannt – Pfizer muss Daten der klinischen Studie offenlegen

- **VERÖFFENTLICHT AM 04. Dez 2021**
- **374 Kommentare**

Von Mario Martin

Am Ende des Artikels finden Sie die Antwort des Paul-Ehrlich-Instituts auf unsere Bitte nach Einordnung des nun folgenden Sachverhalts.

Anfang November veröffentlichte das Nachrichtenportal "Multipolar" einen Artikel zu den an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeldeten COVID-Impfnebenwirkungen. Die Datengrundlage für die präsentierte Auswertung bildet der Sicherheitsbericht (26.10.) des PEI zu den Verdachtsfällen von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19 seit Beginn der Impfkampagne am 27.12.2020 bis zum 30.9.2021. Es handelt sich hier folgend immer "nur" um Verdachtsfälle, da im Zuge der Datenerhebung ein Kausalzusammenhang standardmäßig nicht angenommen wird.

Die PEI-Datenbank

Die Autorin des Berichts, Susan Bonath, zieht zu den Zahlen des Berichts folgende Bilanz: "Der Vergleich mit den Meldedaten, die das PEI zu früheren Impfungen mit allen Vakzinen auflistet, deutet auf ein weitgehend ignoriertes Risiko hin. Bezogen auf die geimpften Personen gingen im Zuge der COVID-19-Vakzine rund 54-mal mehr Todesfallmeldungen bei dem Bundesinstitut ein, als zu allen anderen Vakzinen vom Jahr 2000 bis heute zusammengenommen."

Werden die Zahlen mit dem PEI-Bericht des Vormonats verglichen, fällt die rasant ansteigende Anzahl der Meldungen auf. Die Autorin schreibt, “die Gesamtzahl der angezeigten Verdachtsfälle auf unerwünschte Impfreaktionen seit dem 31. August steigt um knapp 16.000 auf 172.188 Fälle. Darunter befanden sich 21.054 schwer Betroffene (fast 6.000 mehr als im Vormonat) mit ernsthaften Komplikationen. Bei 1.802 Personen führten die gemeldeten Reaktionen demnach zum Tod. Die Zahl der kurz nach einer Impfung gegen COVID-19 Verstorbenen, die dem PEI angezeigt wurden, wuchs damit in einem Monat um 24 Prozent.”

Die PEI-Sicherheitsberichte stützen sich auf die Daten der PEI-Datenbank zu Verdachtsfällen von Impfkomplikationen und Nebenwirkungen. Es fällt sofort die unterirdische Bedienbarkeit der PEI-Datenbank auf. Die Nutzung ist eine Qual, auch wenn die Daten mit viel Mühe bezogen werden können. Machen Sie sich selbst ein Bild. Wir schreiben das Jahr 2021 und das PEI wartet mit diesem Bedienungs-Alptraum auf. Der Gedanke, dass hier nicht mit der allerletzten Konsequenz an einer einfachen Handhabung gearbeitet wurde, drängt sich auf.

Ein gern gemachter Einwand, um die Wucht der Meldungen zu relativieren, ist der Hinweis auf die Möglichkeit der Meldung von Impfschäden durch Privatpersonen, ohne Beteiligung eines Arztes, wodurch die Daten ggf. verfälscht würden.

Hingegen sollte aber ebenfalls in Betracht gezogen werden, dass Ärzte zwar zur Meldung der Schäden nach Paragraph 6 (1) Satz 3 IfSG verpflichtet sind, die Meldung jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Die Meldung der Schäden wird nicht vergütet.

Obduktionen weiterhin unerwünscht

Dieser deutliche Anstieg der Meldungen sollte Grund genug sein, um eine tiefere Untersuchung zu den Todesursachen der Verstorbenen einzuleiten. Immer wird die Frage bleiben: Sind die Tode nun durch oder mit der Impfung aufgetreten?

Dieser Zusammenhang könnte zwar durch eine Obduktion überprüft werden, allerdings werden Obduktionen kaum durchgeführt. Das PEI hätte keine Möglichkeit diese anzuordnen, lässt man mitteilen.

Dagegen werden gewichtige Stimmen immer lauter, die Anzahl der Obduktionen zu erhöhen, um die genauen Todesursachen zu ermitteln. Der Chefpathologe der Uni Heidelberg, Peter Schirmacher, drängt zu viel mehr Obduktionen von Geimpften.

Dr. med. Antje Greve, ärztliche Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes Karlsruhe, äußert sich hinsichtlich der Erfassung der Impfschäden ebenfalls kritisch. Sie gehe von einer erheblichen Untererfassung von Impfkomplikationen, inklusive Todesfolge, nach Impfung aus. Greve warnt,

es wäre fatal, wenn eines Tages die Zahl der COVID-Impftoten die Anzahl der an der Krankheit verstorbenen Menschen übersteigt und dies durch die Untererfassung nicht bemerkt würde. Frau Greve scheint etwas zu ahnen. Wir kommen gleich nochmal zur möglichen Untererfassung der Impfschäden zurück.

Die Pathologen Prof. Dr. Arne Burkhardt und Prof. Dr. Walter Lang gaben vor rund zwei Monaten eine Pressekonferenz. Insgesamt hatten sie acht Personen obduziert, die innerhalb von zwei Wochen nach der Impfung verstorben waren und die Ergebnisse ausgewertet. Die Wissenschaftler sprechen davon, dass bei rund einem Drittel der Verstorbenen die Impfung ursächlich gewesen wäre. Sie kommen damit zu einem ähnlichen Ergebnis, wie der Chefpathologe der Uni Heidelberg, der davon ausgeht, dass 30 bis 40 Prozent der Obduzierten an der Impfung gestorben sind.

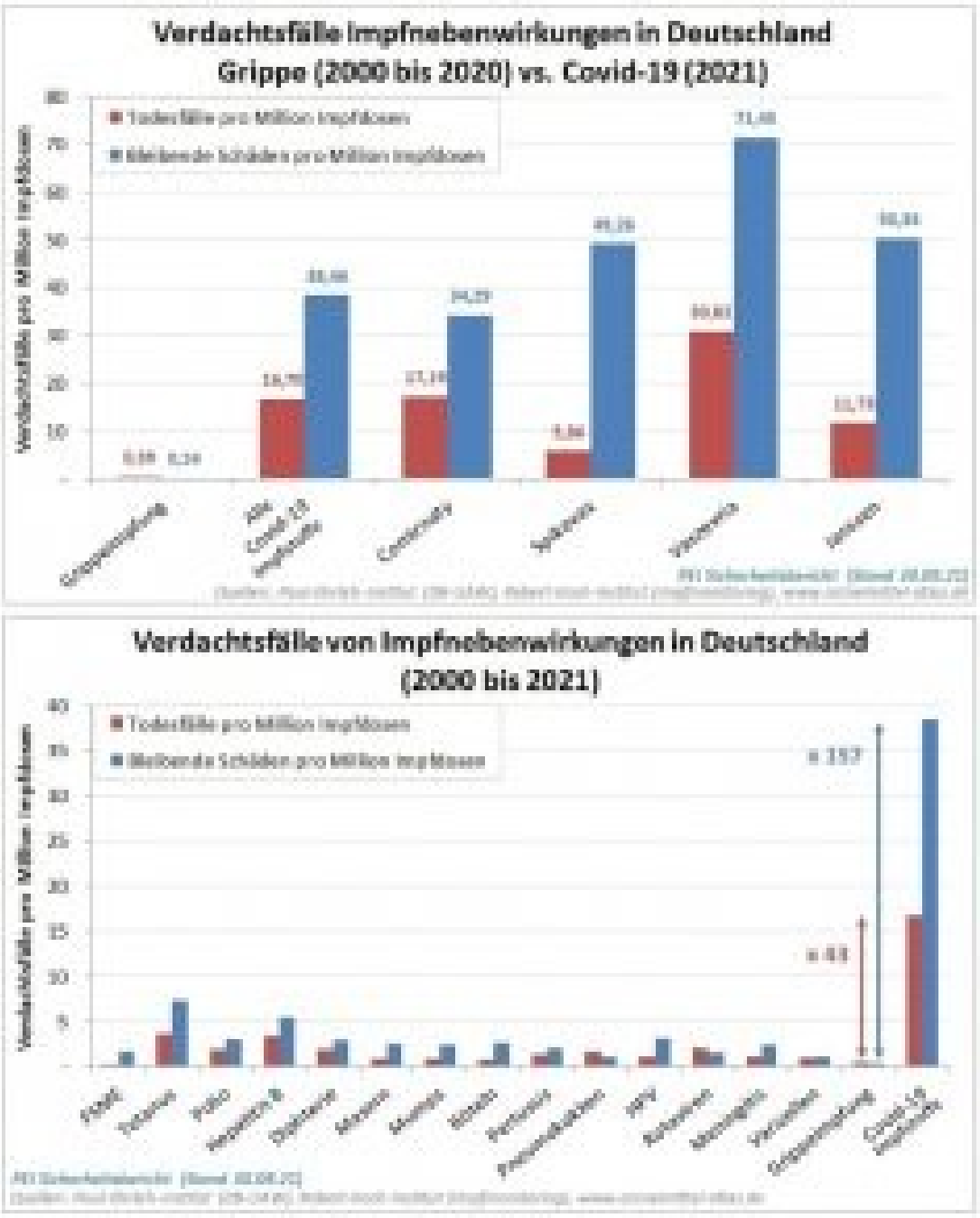
Am 4. Dezember 2021 findet die nächste Pressekonferenz in Berlin statt. Dann wollen die Pathologen erneut Auskunft zu den durchgeführten Obduktionen geben.

Vergleich mit anderen Impfungen

Ein Vergleich mit dem Auftreten der Nebenwirkungen bei anderen Impfstoffen offenbart die relative Gefährlichkeit der neuartigen Impfstoffe. Dazu werden die gemeldeten Verdachtsfälle über die Datenbank des PEI mit den verabreichten Impfdosen ins Verhältnis gesetzt, um die relative Häufigkeit pro Impfung herauszufinden.

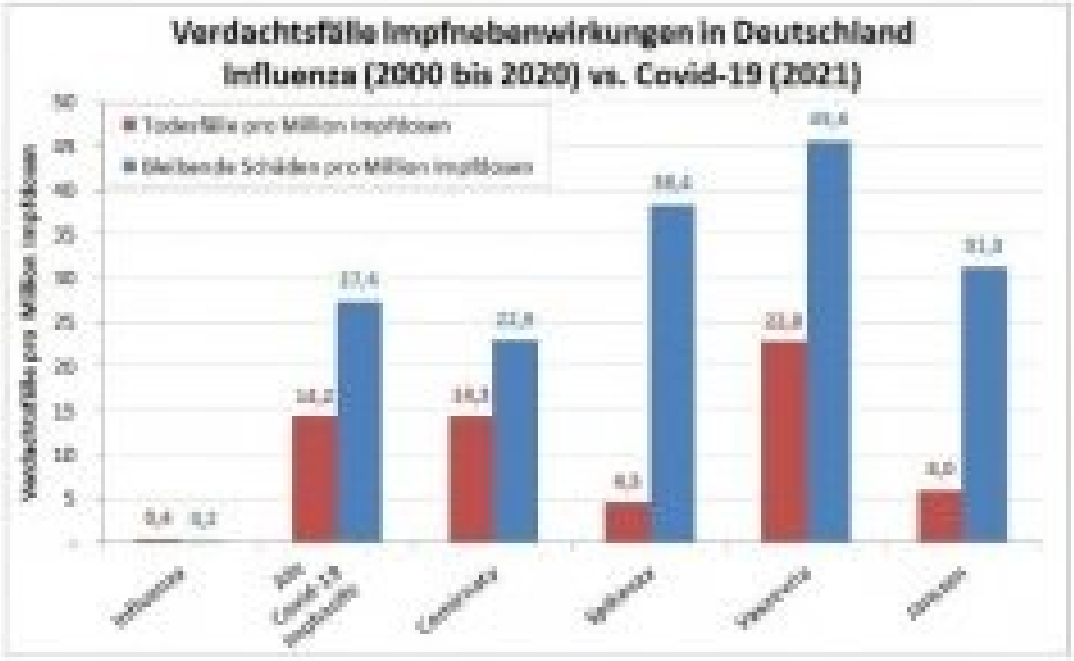
Diese Daten können dann mit denen im PEI-Bericht gemachten Angaben zu Verdachtsfällen bei den COVID-19-Impfungen verglichen werden.

Die obere Grafik zeigt die Rate der gemeldeten Verdachtsfälle der Impfnebenwirkungen, aufgegliedert nach Covid-Impfstoff, im Vergleich zum Grippeimpfstoff. Die untere Grafik vergleicht die Covid-Impfstoffe mit anderen Impfstoffen, jeweils pro Million verabreichte Dosen. Die Balken “Alle-COVID-19-Impfstoffe” zeigen den an der Anzahl der verabreichten Dosen gewichteten Mittelwert aller Corona-Impfstoffe. Der rote Balken zeigt die Todesfälle, der blaue Balken zeigt bleibende Schäden.



Verdachtsfälle Impfnebenwirkungen im Vergleich, Stand 30.9.2021 (Quelle: PEI [DB-UAW], RKI-Impf-Monitoring, arzneimittel-atlas.de)Trotz wahrscheinlicher Untererfassung der Impfschäden sehen wir: Die Todesrate der Verdachtsfälle liegt um das 43-Fache höher als bei der Grippeimpfung. Im Vergleich mit allen anderen Impfungen liegt die Rate tiefer, da bei der Grippeimpfung nur wenige Fälle auftreten. Diese Rate liegt auch deutlich unterhalb der oben erwähnten 54-fachen Todesfallmeldungen, im Vergleich zu den Jahren 2000 bis 2020, da dort keine Gewichtung nach verabreichten Dosen vorgenommen wurde. In letzter Zeit wurde eben auch viel mehr geimpft.
Vergleichen wir jetzt diese nach verabreichten Impfdosen gewichteten Daten mit denen des PEI-Berichts des Vormonats (Stand 31.8.), wird deutlich, dass sich der im eingangs erwähnten Artikel beschriebene

Anstieg von 24 Prozent zwar relativiert, ein deutlicher Anstieg aber weiterhin erkennbar ist.



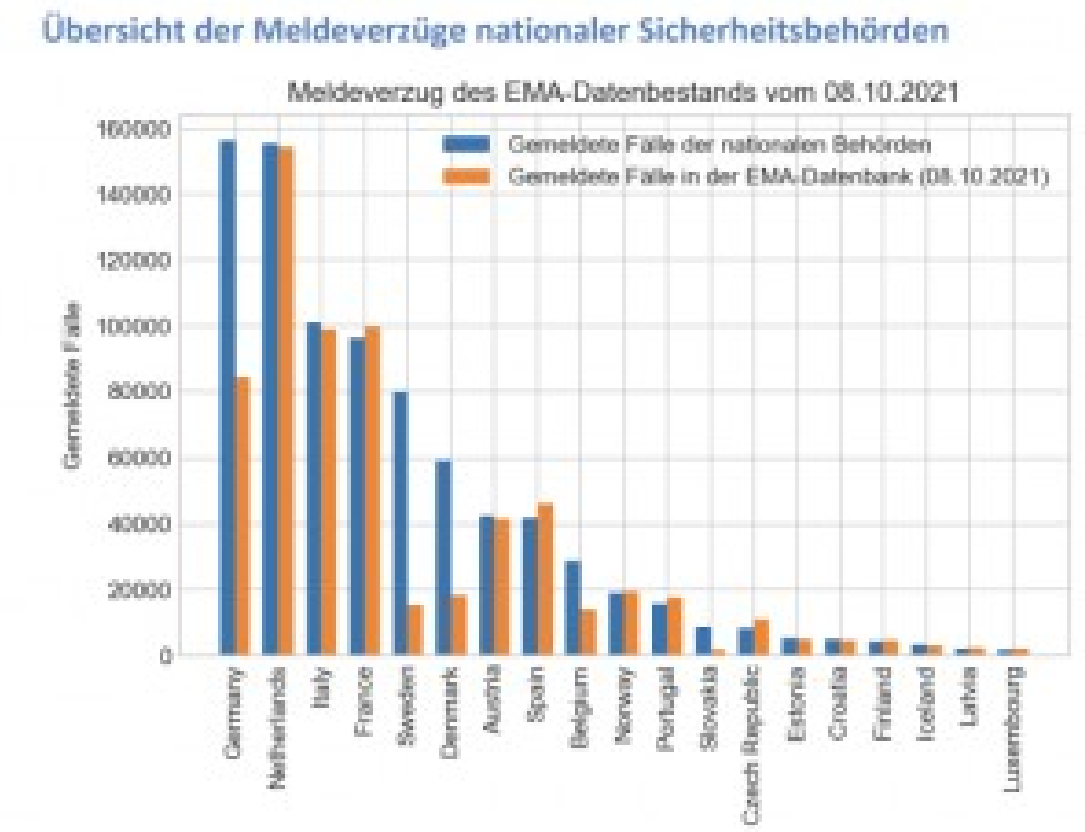
Verdachtsfälle Impfnebenwirkungen im Vergleich, Stand 31.8.2021 (Quelle: PEI [DB-UAW], RKI-Impfmonitoring, arzneimittel-atlas.de)Die Verdachtsfälle auf Tod nach Impfung klettern damit innerhalb eines Monats von 14,2 pro Million auf 16,7 pro Million verabreichter Impfdosen.

Die EudraVigilance-Datenbank

Alle nationalen Gesundheitsbehörden melden Daten zu den Verdachtsfällen der Impfnebenwirkungen an die EMA. Die EMA führt eine aggregierte “EudraVigilance-Datenbank” aller gemeldeten Impfschäden

der Länder. Im Gegensatz zur Datenbank des PEI lässt sich diese Datenbank auch bedienen. Die Daten werden für den jeweiligen Impfstoff erhoben (Pfizer/BioNTech, AstraZeneca, Moderna, J&J).

Nun ist es möglich, die nationalen Berichte mit dem Bericht der EMA zu vergleichen. In der nächsten Grafik sind die Abweichungen der nationalen Verdachtsfälle (blau) zu Impfnebenwirkungen mit denen an die EMA gemeldeten Fällen (orange) dargestellt.



Melde verzug der EU-Länder
(Quelle: EudraVigilance-Datenbank, nationale Sicherheitsberichte)
Wir sehen erhebliche Unterschiede in der Meldedisziplin an die EMA. Während die Niederlande fast jeden Zwischenfall weitergeben, fehlt bei einigen Ländern ein großer Teil der Meldungen (Schweden, Dänemark, Deutschland). Spanien, Portugal und Tschechien melden sogar mehr Fälle an die EMA, als im jeweiligen nationalen Sicherheitsbericht auftauchen.

Wenn wir die absoluten Zahlen der gemeldeten Verdachtsfälle mit den Bevölkerungszahlen der jeweiligen Länder in Beziehung setzen, wird eines offensichtlich: Hier kann etwas nicht stimmen. So melden Deutschland (Impfquote: 68 Prozent) und die Niederlande (Impfquote: 74 Prozent) die gleiche Anzahl von Verdachtsfällen im nationalen Bericht, aber Deutschland meldet nur knapp 60 Prozent weiter.

Nehmen wir an, überall werden die gleichen Impfstoffe verabreicht, während eine ähnliche Impfquote vorliegt, wird die potenzielle Dunkelziffer der Nicht-Meldungen in Deutschland erahnbar. Die deutsche Bevölkerung

ist um den Faktor 4,75 größer, womit auch die Dunkelziffer in etwa in diesem Bereich liegen könnte. Jedenfalls, wenn wir davon ausgehen, dass in den Niederlanden korrekt gemeldet wird.

Deutschland missachtet EU-Meldeverordnung

Deutschland ist nach EU-Verordnung 2001/83/EC, Artikel 107a allerdings dazu verpflichtet, die nationalen Zahlen an die EMA weiterzumelden. Verdachtsfälle müssen gemäß der EU-Verordnung innerhalb von 90 Tagen an die EudraVigilance-Datenbank weitergeleitet werden. Dem kommt das PEI erwiesenermaßen nicht nach.

Dies sei belegt anhand des Datenstandes des PEI-Sicherheitsberichts vom 15.7., der eine Anzahl Verdachtsfälle von 106.835 nach COVID-19-Impfungen zum Datenstand 30.6.2021 ausweist. Die 90-Tage-Frist endet somit am 30.9.2021.

Zu diesem Zeitpunkt sind aber lediglich 84.468 Verdachtsfälle aus Deutschland an die EMA gemeldet. Das PEI verstößt hier also in über 20.000 Fällen gegen die EU-Verordnung. Die Zahl hat sich inzwischen vermutlich vergrößert.

Der Sachverhalt ist dem PEI bekannt. Ließ doch die Pressesprecherin Susanne Stöcker per E-Mail mitteilen, dass eben diese Meldepflicht bekannt sei und ihr auch nachgekommen werde:

"Sehr geehrter Herr ---,
um dieses Thema endgültig abzuschließen – nach Rückfrage im Referat Arzneimittelsicherheit kann ich bestätigen, dass eine Verpflichtung auch für das Paul-Ehrlich-Institut besteht, die Verdachtsfälle, die als nicht schwerwiegend bewertet wurde, innerhalb von 90 Tagen (!) in die EudraVigilance-Datenbank einzutragen. Dieser Verpflichtung kommt das Paul-Ehrlich-Institut nach.

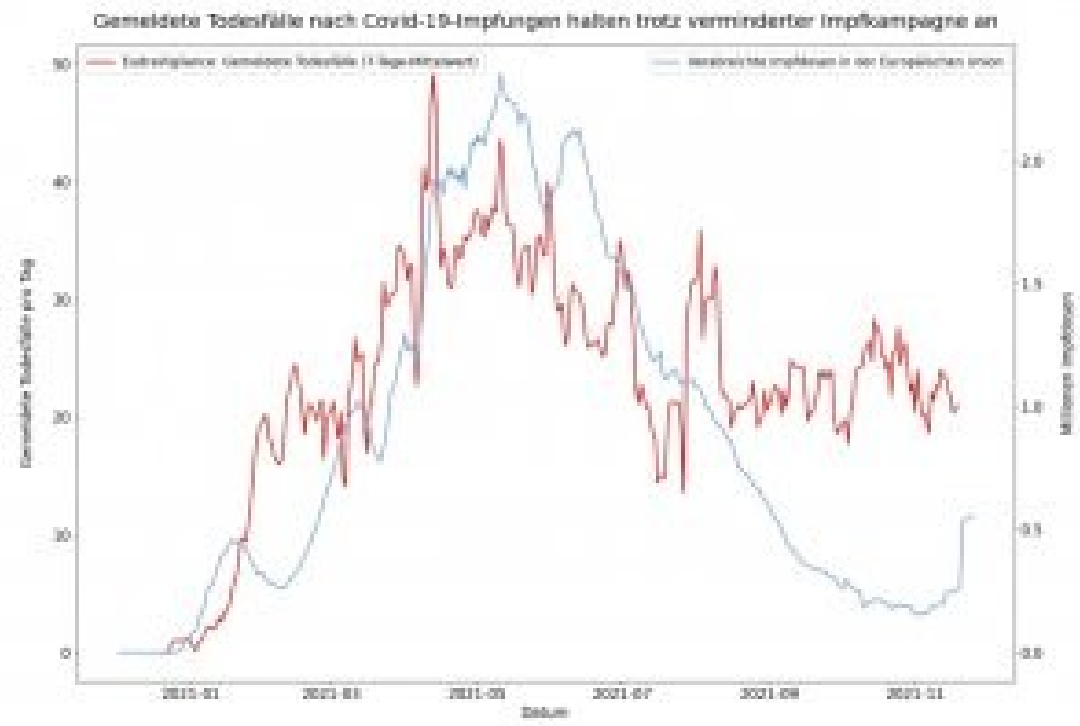
Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Susanne Stöcker

Dr. Susanne Stöcker
Presse, Informationen / Press and Information Office
Pressesprecherin / Press Officer"

Presse
auskunft des PEI
Die Zahlen belegen jedoch das Gegenteil. Wann die hochgeschätzte EU-Kommission hier aktiv werden wird, um die Einhaltung der Vorschrift einzufordern, ist noch unbekannt.

Gemeldete Verdachtsfälle und verabreichte Impfdosen

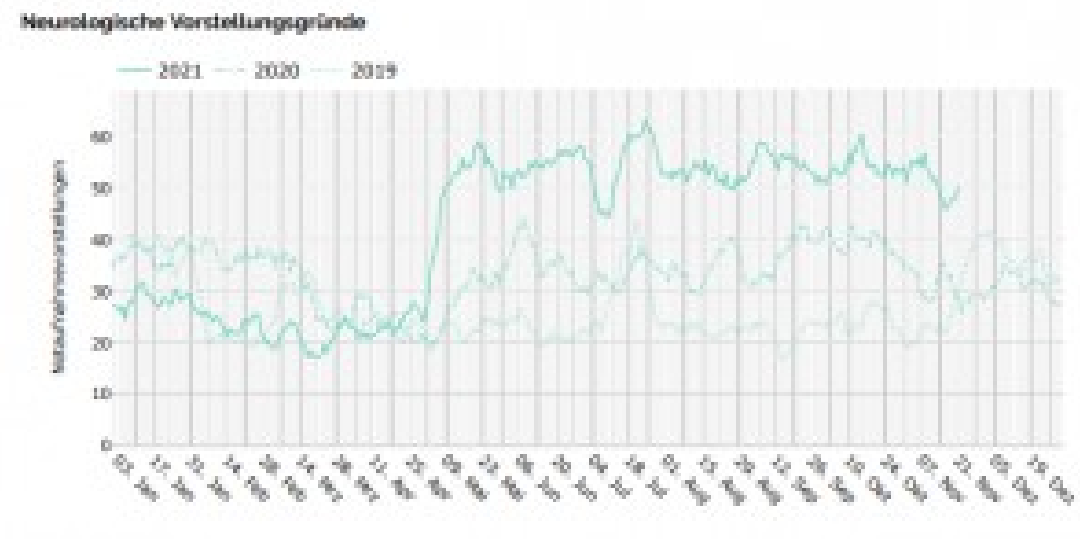
Inzwischen sind über 8.000 gemeldete Verdachts-Todesfälle in der EudraVigilance-Datenbank hinterlegt. Der rote Graph zeigt die gemeldeten Todesfälle, er korreliert zuerst stark zum blauen Graphen, der die verabreichten Impfdosen zeigt. Die Anzahl verimpfter Dosen nimmt ab Anfang Mai wieder ab, allerdings bleiben die gemeldeten Todesfälle weiterhin auf einem hohen Niveau. Denkbare Erklärungen für dieses Phänomen sind eine Meldeverzögerung mehrerer Wochen oder erst verzögert auftretende Todesfälle.



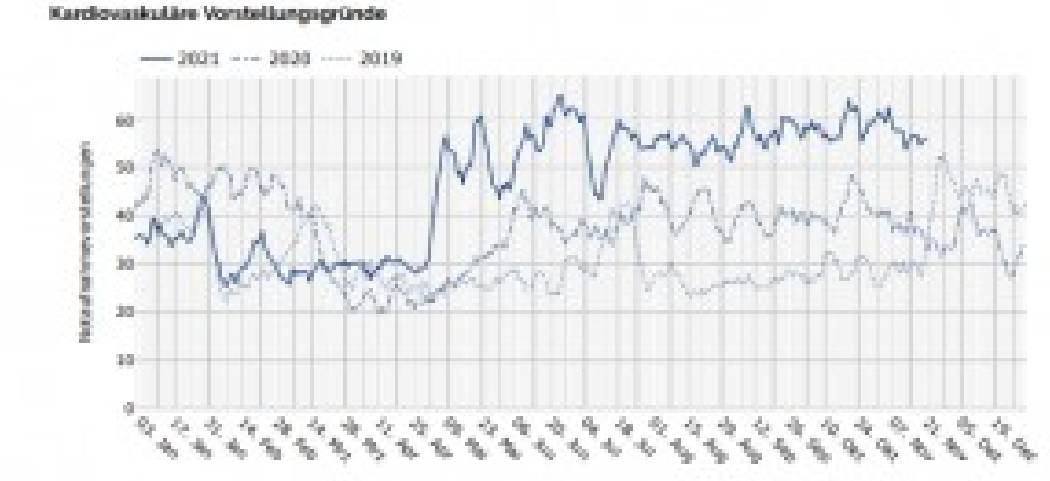
Gemeldete Verdachts-Todesfälle und verabreichte Impfdosen in der EU 2021 (Quelle: EudraVigilance-Datenbank)

Erhöhte Aufnahme von Herz- und Nervenkranken

Zurück nach Deutschland: Das RKI veröffentlicht neben den Wochenberichten zur Corona-Impfung auch noch weitere Berichte. Ebenfalls wöchentlich erscheint ein Notaufnahme-Situationsreport, der die Vorstellungsgründe auf den deutschen Intensivstationen behandelt. Hierfür werden die Daten von acht über Deutschland verteilte Kliniken ausgewertet. Vergleichen Sie das Auftreten der neurologischen und kardiovaskulären Vorstellungen mit den letzten Jahren:

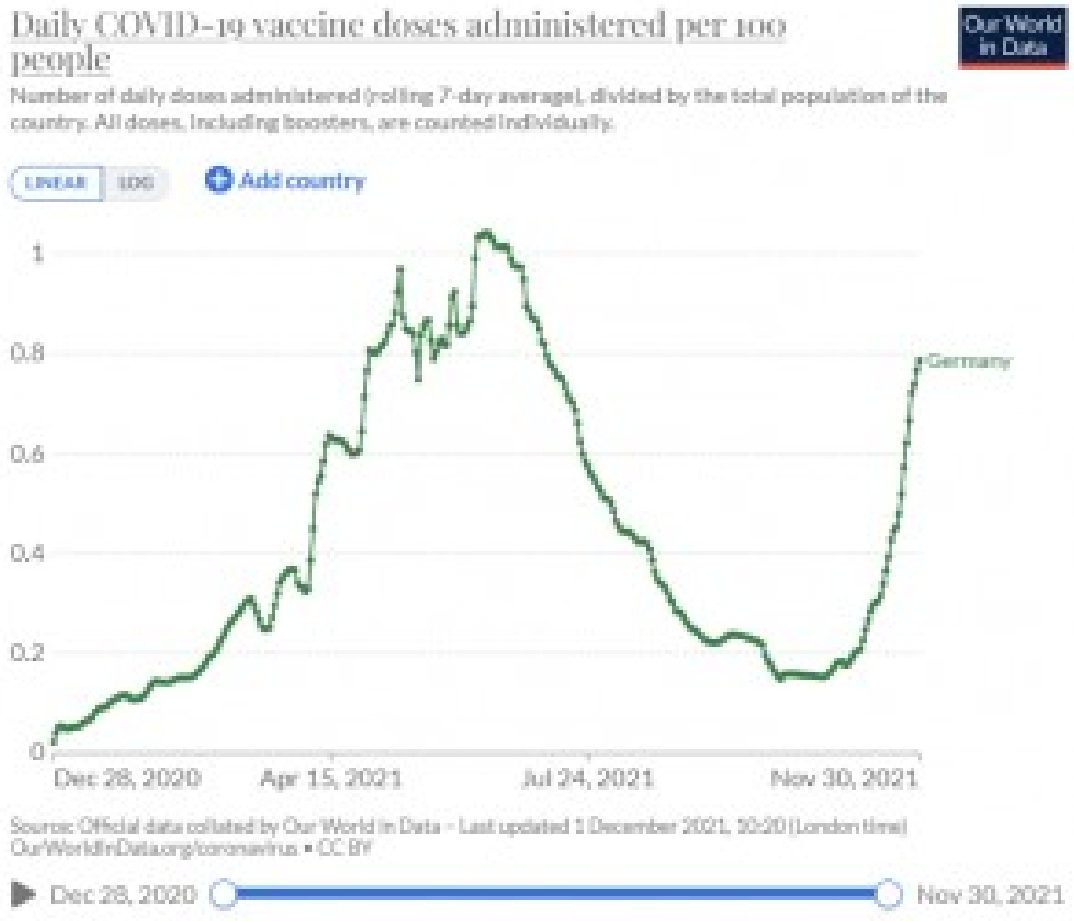


Neurologische ITS-Vorstellungen
(Quelle: RKI-Situationsbericht Stand 01.12.21)



Kardiovasculäre ITS-Vorstellungen (Quelle: RKI-Situationsbericht Stand 01.12.2021)
Für beide Bereiche ergibt sich ein deutlich erhöhter Verlauf, der etwa ab Ende April einsetzt.

Bedenken wir den Meldeverzug und den Verlauf der verabreichten Impfdosen in Deutschland :



Anzahl der verabreichten Impfdosen pro 100 Menschen
(Quelle: ourworldindata.com)
Beide Ereignisse treten also fast simultan ein. Allerdings sei erwähnt, dass die Gesamtzahl aller Einlieferungen im Vergleich zu den Vorjahren derzeit nicht erhöht ist.

Hinweise auf erhebliche Probleme hinsichtlich einer Beeinträchtigung der Herzfunktion sehen wir zusätzlich inzwischen regelmäßig bei Leistungssportlern. Die Berliner Zeitung rätselt und bei Correctiv gibt man Entwarnung; das sei alles im normalen Bereich.

Herzmuskelentzündungen (Myokarditis) im Zusammenhang mit der Impfung scheinen für Leistungssportler und sehr fitte Menschen eine erhöhte Relevanz zu besitzen. Diese Gruppe hat die schnellste Blutzirkulation aller Menschen. Und das ist es wahrscheinlich auch, was Joshua Kimmich und andere Profisportler von der Impfung abhält. In einer Studie wurden 23 durchtrainierte Soldaten untersucht, die innerhalb von vier Tagen nach der Impfung eine Herzmuskelentzündung erlitten. „Eine weitere Überwachung und Bewertung dieses unerwünschten Ereignisses nach einer Impfung ist gerechtfertigt.“, folgern die Autoren.

In der Gesamtübersicht aller ITS-Vorstellungen nach Altersgruppe fällt der Anstieg bei den beiden Gruppen 0 bis 19 Jahre und 20 bis 39 Jahre deutlich ins Auge:

Übersicht aller Altersgruppen in 2021
(Quelle: RKI-Situationsbericht Stand 01.12.2021)
In der Gruppe 0 bis 19 Jahre liegt der Wert inzwischen im Vergleich zum Jahresanfang um rund 200 Prozent und bei den 20- bis 39-Jährigen ist er derzeit um über 50 Prozent erhöht.

Myokarditis-Risiko bei Kindern um den Faktor 19 erhöht

Ein renommierter Fachmann auf dem Gebiet der Kardiologie ist der US-Amerikaner Dr. Peter McCullough. Als führender Kardiologe und Epidemiologe mit über 650 von Experten begutachteten Veröffentlichungen ist er die „meistpublizierte Person der Welt“ auf dem Gebiet der kardiorenalen Medizin. Derzeit warnt er vor einer Impfung der Kinder, deren Risiko einer Herzmuskelentzündung durch die Corona-Impfung um den Faktor 19 erhöht würde.

Obwohl sie selten sind, sagt McCullough, dass impfstoffbedingte kardiale Probleme bei jungen Menschen viel häufiger auftreten als COVID-19-Probleme – den wissenschaftlichen Daten zufolge 19-mal häufiger.

Dr. McCullough berichtet (Zeitmarke 4:30), das relative Risiko für eine Herzmuskelentzündung sei bei 12- bis 15-jährigen Jungen nach der zweiten mRNA-Impfung um das 19-Fache erhöht.

Er erklärt außerdem innerhalb des sehenswerten, oben verlinkten Interviews, wie eine von ihm bereits zur Veröffentlichung akzeptierte und vertraglich fixierte umfassende Studie zum Auftreten von Herzproblemen im Zusammenhang mit der Impfung nachträglich ohne Angabe von Gründen vom Journal zurückgezogen und damit zensiert wurde.

Freigabe der klinischen Pfizer-Studie

Für Aufsehen sorgte die amerikanische Whistleblowerin Brook Jackson Anfang November, die auf tiefgreifende Probleme hinsichtlich der Durchführung der klinischen Studien zur Wirksamkeit des Pfizer-Impfstoffs bei der Firma Ventavia Research Group aufmerksam machte und dafür entlassen wurde.

Nun wird auch immer deutlicher, warum. Denn Pfizer bzw. die Firma, die die Studie für Pfizer durchführte, hatten alle Gründe, die Studienergebnisse zu verschleiern.

Derweil sagt der Mitherausgeber des angesehenen British Medical Journal, Prof. Peter Doshi, über die durchgeführten Studien zur Sicherheit der Impfungen folgendes:
„Keine der derzeit laufenden Studien ist darauf ausgerichtet, eine Verringerung von schwerwiegenden Folgen wie Krankenhauseinweisungen, Inanspruchnahme von Intensivpflege oder Todesfällen festzustellen. Auch die Impfstoffe werden nicht daraufhin untersucht, ob sie die Übertragung des Virus unterbrechen können[..]

Krankenhauseinweisungen und Todesfälle durch COVID-19 sind in der untersuchten Bevölkerung einfach zu selten, als dass ein wirksamer Impfstoff in einer Studie mit 30.000 Personen statistisch signifikante Unterschiede nachweisen könnte. Das Gleiche gilt für die Fähigkeit des Impfstoffs, Leben zu retten oder die Übertragung zu verhindern: Die Studien sind nicht darauf ausgelegt, dies herauszufinden.“

Die US-Arzneimittelbehörde (FDA) wurde inzwischen durch einen Freedom of Information Act Request juristisch zur Herausgabe der Pfizer-Studiendaten angehalten. Das sind jene Daten, die die FDA der Entscheidung zur Vergabe der Notfallzulassung (Emergency-Use-Authorisation) für den Impfstoff zu Grunde legte. Diese Daten umfassen nicht nur die von der Whistleblowerin Brook Jackson beanstandeten Daten der frühen Studienphasen, sondern ebenfalls die klinische Phase-III-Studie, also die Erprobung an einem großen Patientenkollektiv. Olaf Scholz rutschte die Wahrheit raus, als er die bereits Geimpften als “Versuchskaninchen” bezeichnete.

Insgesamt handelt es sich um 329.000 Seiten, auf denen Impfschäden dokumentiert werden. Die Klage zur Freigabe wurde von über 30 Professoren, darunter Yale- und Harvard-Wissenschaftler, geführt und ihr wurde stattgegeben. Die Studiendaten sollen nach dem Willen der FDA nun trotzdem noch für 55 Jahre unter Verschluss gehalten werden.

Das Justizministerium argumentiert, man könne die Daten nicht vollständig herausgeben, sondern nur Stück für Stück, da sonst vertrauliche Details an die Öffentlichkeit gelangen könnten.

Die ersten 37 Seiten wurden kürzlich veröffentlicht. Die Herausgabe soll nun in 500-Seiten-Schritten pro Monat erfolgen. In diesem Tempo ist die Herausgabe in 55 Jahren abgeschlossen.

Sicher fragen Sie sich, warum Sie von der Veröffentlichung derart wichtiger Daten in den großen Medien bisher nichts gehört haben.

Denn die veröffentlichten ersten 37 Seiten liefern bereits einen vielsagenden Einblick in das, was da noch kommen mag. Diese Seiten umfassen nur die Meldedaten für den Zeitraum vom 1. Dezember 2020 bis 28. Februar 2021.

Innerhalb dieser Zeit kam es zu 42.000 schweren Impfreaktionen. Wobei bei weitem nicht alle gemeldeten Fälle in die Bewertung mit einfließen. Im Text zur Methodologie heißt es im veröffentlichten Dokument dazu: “Aufgrund der großen Anzahl von eingegangenen Spontanmeldungen von unerwünschten Ereignissen für das Produkt hat das MAH die schwerwiegenden Fälle vorrangig bearbeitet, um die Fristen für die Meldung durch die Behörden einzuhalten und sicherzustellen, dass diese Meldungen für die Signalerkennung und -bewertung zur Verfügung stehen.”

Figure 1. Total Number of BNT162b2 AEs by System Organ Classes and Event Seriousness

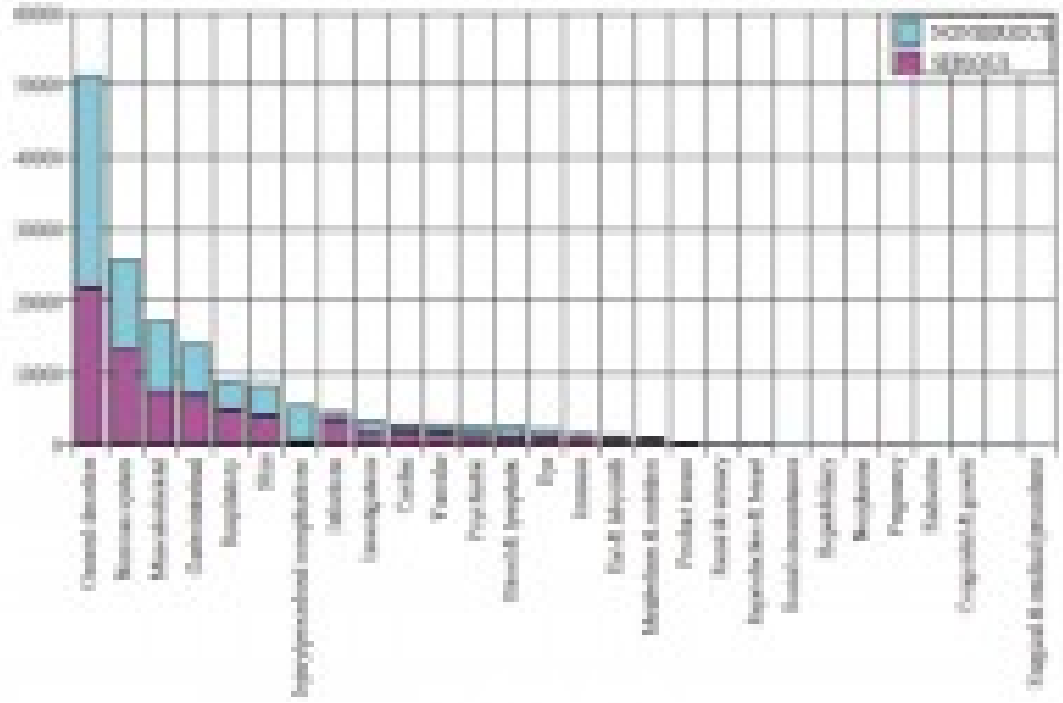


Table 2 shows the most commonly (≥2%) reported MedDRA (v. 23.1) PTs in the overall dataset (through 28 February 2021).

Table 2. Events Reported in ≥2% Cases

		Cumulatively Through 28 February 2021
MedDRA SOC	MedDRA PT	AEs (AERPTs) N = 42086
Blood and lymphatic system disorders		
	Lymphadenopathy	1972 (4.7%)
Cardiac disorders		
	Tachycardia	1098 (2.6%)
Gastrointestinal disorders		
	Nausea	5132 (12.3%)
	Diarrhoea	1880 (4.7%)
	Vomiting	1098 (4.0%)
General disorders and administration site conditions		
	Pyrexia	7664 (18.2%)
	Fatigue	7338 (17.4%)
	Chills	5514 (13.1%)
	Vaccination site pain	5141 (12.3%)

CONFIDENTIAL

Page 8

Alle berichteten Fälle von Impfreaktionen sortiert nach Symptom für den Pfizer-Impfstoff im Zeitraum 01.12.20 bis 28.2.2021. In der oberen Grafik sind die ernsten (lila) und milden (hellblau) Berichte abgetragen.
(Quelle: https://phmpt.org/pfizers-documents/)
Milde Fälle wurden also gar nicht erst mit in den Report aufgenommen, weil man sonst nicht mehr mit der Bearbeitung hinterhergekommen wäre.

Weiter heißt es im Dokument: “Pfizer hat auch eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die starke Zunahme von Berichten über unerwünschte Ereignisse zu stemmen. Dazu gehören erhebliche technologische Verbesserungen, Prozess und Workflow-Lösungen sowie die Erhöhung der Anzahl der Mitarbeiter für die Dateneingabe und Fallbearbeitung bearbeitenden Kollegen.”

Man war bei Pfizer also anscheinend nicht nur nicht auf die vielen Berichte über Nebenwirkungen vorbereitet, so dass milde Fälle außen vor blieben, sondern es wurde auch noch eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die hohe Anzahl schwerer Fälle bearbeiten zu können.

Die Übersicht zu den 42.000 schweren Reaktionen:

BNT162b2
5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports

Table 1 below presents the main characteristics of the overall cases.

Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

Characteristics		Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990
Age range (years): 0.01 -107 years Mean = 50.9 years n = 34952	≤ 17	175[a]
	18-30	4953
	31-50	13886
	51-64	7884
	65-74	3098
	≥ 75	5214
	Unknown	6876
Case outcome:	Recovered/Recovering	19582
	Recovered with sequelae	520
	Not recovered at the time of report	11361
	Fatal	1223
	Unknown	9400

a. in 46 cases reported age was <16-year-old and in 34 cases <12-year-old.

Übersicht zu den in der klinischen Studie aufgetretenen Nebenwirkungen für den Zeitraum 01.12.20 – 28.02.2021
(Quelle: https://phmpt.org/pfizers-documents/)
Hier fällt zuerst auf, dass überproportional Frauen von den schweren Nebenwirkungen betroffen sind. Von den 42.086 schweren Nebenwirkungen verliefen 1.223 Fälle tödlich, also 3 Prozent.

Zu diesem Zeitpunkt waren etwa 57,3 Millionen Menschen weltweit geimpft. Wie viele davon mit Pfizer, kann durch Ourworldindata.com nicht ermittelt werden. Vermutlich lag der Anteil von Pfizer-Impfungen aber bei über 50 Prozent.

Auch hier sollte der oben angesprochene Meldeverzug bedacht werden, so dass die gemeldeten Fälle nicht den ganzen Februar umfassen können,

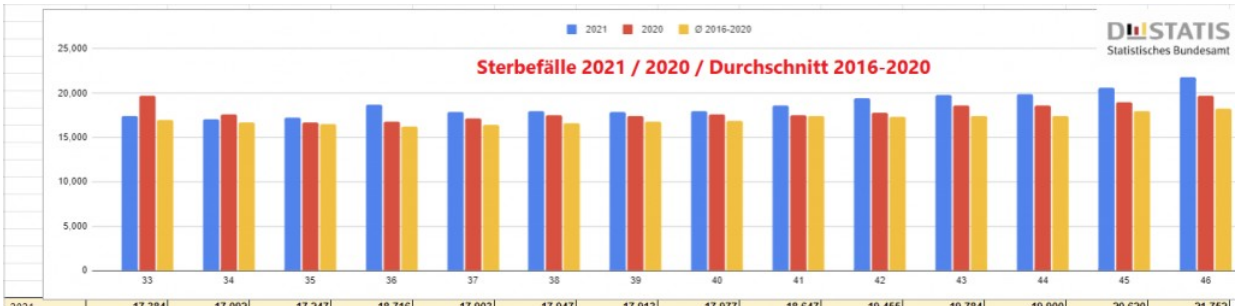
aber gerade an den letzten Februartagen überproportional viele Impfungen durchgeführt wurden.

So waren Ende Januar erst 12 Millionen Menschen vollständig geimpft. Das sind alles Faktoren, die in eine Berechnung der realen Quote der Schäden mit einbezogen werden sollten, so wie die oben angesprochene Dunkelziffer an Nicht-Meldungen von Impfschäden.

Der eidesstattlichen Erklärung eines CDC-Whistleblower nach, liegt der wahre Wert mindestens um den Faktor fünf höher. Der Whistleblower schätzt die Zahl der in den USA an der Impfung Gestorbenen bis Mitte Juli 2021 auf mindestens 45.000.

Übersterblichkeit in Deutschland

Sehen wir auf die Destatis-Zahlen zur derzeitigen Übersterblichkeit für ganz Deutschland, fällt eine deutliche Abweichung verglichen mit den entsprechenden Kalenderwochen der Vorjahre auf. Der blaue Balken kennzeichnet das laufende Jahr, der orangene das Jahr 2020 und der graue Balken den Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2020.



	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
2021	17,384	17,092	17,247	18,716	17,903	17,947	17,913	17,977	18,647	19,455	19,784	19,900	20,620	21,752
2020	19,720	17,559	16,656	16,789	17,155	17,555	17,446	17,614	17,501	17,754	18,588	18,584	19,007	19,727
Ø 2016-2020	16,990	16,692	16,492	16,198	16,454	16,563	16,780	16,830	17,411	17,351	17,434	17,462	17,925	18,199

Sterbefälle KW 33 bis 46 im Vergleich zu den Vorjahren. (Quelle: Statistisches Bundesamt)
Gab es bereits 2020 eine erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren, sehen wir nun eine weitere Erhöhung in diesem Jahr. In Kalenderwoche 46 starben 913 mehr Menschen als im Vorjahr und 1.874 mehr Menschen als im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2020.

Schadensersatz für Impfschäden

Zuletzt wollen wir noch einen Blick auf die eingereichten Anträge auf Schadensersatz nach Impfung werfen. Es ist bekannt, dass der Schadensersatz nicht von den Herstellern der Impfstoffe getragen wird, sondern von den Staaten.

Eine hilfsbereite Leserin reichte Anfragen über das Portal “FragdenStaat” an die Landesregierungen der Bundesländer ein. Die Anfrage lautete: “Bitte teilen Sie mir die Anzahl der bei Ihnen seit Anfang 2021 eingegangenen Anträge auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit einer Impfung

gegen Covid-19 mit, aufgeschlüsselt nach den Impfstoffen von BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca und Johnson & Johnson.”

Die Anfragen wurden bereits teilweise aufgeschlüsselt nach Impfung beantwortet. Die Antworten werden hier tabellarisch wiedergegeben. Die erste Zahl stellt die Gesamtanzahl aller Anträge dar. Die in Klammern folgenden Zahlen geben die jeweiligen Anträge nach Impfung Pfizer, AZ, Moderna, J&J und unbekannt wieder. Bei den fehlenden Ländern steht die Beantwortung der Frage noch aus. Der Stichtag der Datenerhebung variiert.

Bayern: 163 (keine weiteren Angaben)
BaWü: 66 (37 / 25 / 3 / 1)
Berlin: 79 (35 / 21 / 13 / 4 / 6)
Brandenburg: 25 (14 / 9 / 2)
Hamburg: 22 (14 / 3 / 1 / 1 / Rest Kreuz-Impfungen und unbekannt)
Hessen: 50 (23 / 17 / 7 / 2 / 1)
Niedersachsen: 64 (keine weiteren Angaben)
NRW: 113 (keine weiteren Angaben)
RLP: 62 (25 / 24 / 6 / 7)
Sachsen: 75 (37 / 16 / 12 / 0 / 10)
Saarland: 14 (keine weiteren Angaben)
Schleswig-Holstein: 35 (16 / 12 / 0 / 2 / 5)

Leider liegen dem Autor bisher nur die Vergleichswerte für das Bundesland Bayern vor. Am 3. Dezember wurde per Mail die Zahl von 181 Anträgen mitgeteilt. In der Fragdenstaat-Auskunft vom 22. November lag die Zahl noch bei 163.

Hier der Vergleich für die Anträge der letzten Jahre:
2016: 42 Anträge
2017: 30 Anträge
2018: 28 Anträge
2019: 35 Anträge
2020: 38 Anträge

Damit hat sich die Anzahl in Bayern zu 2020 etwa verfünffacht. Addieren wir die 125,5 Millionen verbreichten Corona-Impfdosen (Stand 3.12.) mit dem Wert aller verabreichten Impfdosen (47,3 Millionen) für das Jahr 2020, erhalten wir einen Nährerungswert von 172,8 Millionen als Gesamtzahl aller verimpften Dosen. Demnach wurde etwa das 3,65-Fache an Impfdosen im Vergleich zu 2020 verabreicht.

So ist für Bayern bei der Anzahl der Meldungen zwar ein Anstieg zu erkennen, dieser liegt aber nicht sehr viel höher als der Faktor, um den die Anzahl der Impfungen erhöht wurde. Diese Zahl korrespondiert nicht mit dem viel stärkeren Anstieg hinsichtlich der Meldung der Verdachtsfälle auf Impfschäden an PEI und EMA.

Weitere Anfragen wurden gestellt, aber noch nicht beantwortet.

Der Bayerische Rundfunk liefert einen Artikel zu den Einzelheiten der Entschädigung, die im Falle eines Impfschadens beantragt werden kann. Allen Betroffenen sei empfohlen, jeden potenziellen Schaden zu melden.

Denn im Artikel heißt es: “Nur nach und nach werden unklare Haftungsfragen konkretisiert. So hat die Bundesregierung klargestellt, dass für alle gesundheitlichen Schäden durch COVID-Impfungen bundeseinheitlich ein Anspruch auf Entschädigung besteht, unabhängig von den öffentlichen Empfehlungen der zuständigen Landesbehörden.”

Und weiter: “Schadenersatz für ‚Impfschäden‘ gibt es grundsätzlich also nur, wenn Impfkomplikationen das übliche Ausmaß einer Impfreaktion (Schmerzen im Arm, Blutergüsse usw.) übersteigen, etwa Hirnschäden mit Bewegungsstörungen als Folge einer Impfung gegen Kinderlähmung. In vielen Urteilen haben die Sozialgerichte bereits solche Impfschäden bejaht, für COVID-19-Schutzimpfungen naturgemäß noch nicht.”

Im konkreten Fall wird dann geprüft werden, ob die Impfung tatsächlich ursächlich für den Schaden ist. Gerade die oben besprochenen Studiendaten oder Vergleichsdaten von durchgeführten Obduktionen können hier den Ausschlag geben. Die Datenlage wird schließlich mit der Zeit robuster, trotz der ständigen Versuche der Verschleierung.

Der BR schreibt: „In den Verträgen zwischen EU und Impfstoffherstellern haben sich allerdings die Vertragsstaaten verpflichtet, die Kosten zu übernehmen, wenn ein Hersteller für Impfschäden haften muss.“ Da die Hersteller nicht haften, wird hier vermutlich eine große Welle an Schadensersatzforderungen auf die Staaten zukommen.

Am 05.11.21 antwortete des Paul Ehrlich-Institut auf unsere Bitte nach einer Einordnung des Multipolar Artikels:

Das Nutzen-Risikoverhältnis eines Impfstoffs bestimmt sich auf Basis einer ganzen Reihe von Kriterien. Dazu zählen der Nutzen für die geimpften Personen, der u.a. von dem Infektions- und Krankheitsrisiko aufgrund der epidemiologischen Lage, der Schwere der Infektionskrankheit und der Wirksamkeit des jeweiligen Impfstoffprodukts abhängen. Auch die jeweilige Erkenntnislage über die mit einem bestimmten Impfstoff verbundenen Risiken in Bezug zur zu impfenden Altersgruppe und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen geht in die Bewertung des Nutzen-Risikoverhältnisses ein. Bei der Zulassung und danach wird das Nutzen-Risikoverhältnis auf Basis der aktuellen Erkenntnisse dauernd überprüft. Selbst bei verschiedenen Impfstoffprodukten zum Schutz vor derselben Infektionskrankheit hängen Wirksamkeit und Risiken von unterschiedlichsten Parametern ab, beispielsweise vom Impfstofftyp und der Herstellungsweise. Daraus ergibt sich, dass der einfache Vergleich der Anzahl der Verdachtsfallmeldungen von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen nach Impfung mit den COVID-19-Impfstoffprodukten auf der einen Seite mit der Anzahl der Verdachtsfallmeldungen über alle Impfstoffe in den vergangenen Jahrzehnten auf der anderen Seite nicht

zielführend ist. Dieses Vorgehen entspricht – bildlich gesprochen – einem Versuch, in dem Äpfel mit Birnen verglichen werden. Aussagen, die auf der Grundlage dieses Vergleichs getroffen werden, führen zu falschen Schlussfolgerungen und sind irreführend, was der von Ihnen zitierte o.g. Multipolar-Text eindrucksvoll zeigt.

Allein die Anzahl der Verdachtsfallmeldungen (Summe) erlaubt keine Aussagen in Bezug auf mögliche Risiken der Impfstoffe, denn für die Berechnung eines Risikos ist u.a. auch die Anzahl der verabreichten Impfdosen notwendig, auf die sich das Risiko bezieht. In den Sicherheitsberichten des Paul-Ehrlich-Instituts wird daher immer eine Melderate angegeben, sowohl für die Verdachtsfallmeldungen insgesamt wie auch für die Verdachtsfälle auf schwerwiegende Reaktionen. Diese Melderaten für Verdachtsfälle (nicht nachgewiesen ursächliche Reaktionen) liegen bei 1,6 pro 1000 COVID-19-Impfungen für alle Verdachtsfälle und 0,2 pro 1000 COVID-19-Impfungen für Verdachtsfälle schwerwiegender Reaktionen.

Will man verschiedene Zeiträume vergleichen (z.B. 20 Jahre mit acht Monaten), reicht der Vergleich von Melderaten nicht aus. Je mehr Impfungen pro Zeiteinheit verabreicht werden, um so mehr Verdachtsfallmeldungen jeder Art müssen statistisch erwartet werden.

Bei Verdachtsfallmeldungen zu Nebenwirkungen und Impfkomplikationen handelt es sich um Meldungen von Reaktionen, die in zeitlicher Nähe zur Impfung aufgetreten sind. Aber nicht jede Reaktion, die nach einer Impfung auftritt und als Verdacht einer Nebenwirkung oder Impfkomplikation gemeldet wird, ist gleichbedeutend mit von dem jeweiligen Impfstoff verursachten körperlichen Beschwerden.

Krankheiten oder körperliches Unwohlsein und auch Todesfälle treten auch unabhängig von Impfungen auf. Menschen sterben aus Altersgründen, durch Krankheiten wie Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, an Unfällen und durch viele andere Gründe.

Bei Millionen von Impfungen (bis 30. September knapp 108 Millionen in Deutschland) ist rein statistisch und zufällig zu erwarten, dass Menschen nach der Impfung auch körperliche Reaktionen zeigen, die als schwerwiegend betrachtet werden müssen, die länger andauern oder sogar zu bleibenden Schäden führen.

Ebenso muss damit gerechnet werden, dass Menschen zufällig nach der Impfung sterben, die aber auch ohne die Impfung gestorben wären.

Der rein zahlenmäßige Vergleich von Verdachtsfallmeldungen auf Impfnebenwirkung oder Impfkomplikation, noch dazu über ganz verschiedene Zeiträume, bietet daher keinen Informationsgehalt, wenn es um die Bewertung der Impfstoffsicherheit geht.

Will man Vergleiche anstellen, dann sollte ein identischer Zeitraum zugrunde gelegt werden, hinsichtlich der COVID-19-Impfstoffe aktuell also neun Monate. In diesen neuen Monaten bis Ende September 2021 wurden in Deutschland knapp 108 Millionen Impfungen gegen COVID-19 verabreicht. Bei dem im Multipolar-Text gewählten Rechenbeispiel kommt man auf knapp 29 Millionen Impfdosen in neun Monaten.

In einem vergleichbaren Zeitraum wurden also knapp viermal so viele Impfungen verabreicht (3,7) und damit muss es mehr Fälle geben, in denen eine Impfreaktion zufällig in zeitlicher Nähe zur Impfung auftritt. Wie bereits erwähnt: Je mehr Impfungen pro Zeiteinheit verabreicht werden, um so mehr Verdachtsfallmeldungen jeder Art müssen statistisch erwartet werden.

Ebenfalls wird bei einem reinen Vergleich von Anzahlen nicht berücksichtigt, dass die hohe Zahl von Meldungen auch deshalb zu erwarten ist, weil die zugelassenen COVID-19-Impfstoffe bekanntermaßen sehr reaktogen sind, also mehr und deutlichere der üblicherweise in den ersten Tagen nach Impfung auftretenden, vorübergehenden Impfreaktionen verursachen als beispielsweise die saisonalen Grippeimpfstoffe. Dies war aus den klinischen Prüfungen auch bereits bekannt.

Aktuell kommt noch hinzu, dass von Seiten der Arzneimittelbehörden (wie dem Paul-Ehrlich-Institut) ganz intensiv dazu aufgerufen wird, Verdachtsfälle zu melden und auch das öffentliche und mediale Interesse an den COVID-19-Impfungen enorm hoch ist. Eine hohe Zahl von Meldungen ist erwünscht und wird auch erreicht. Und so konnten in sehr kurzer Zeit sehr viele Informationen zur Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe gewonnen werden.

Die Bedeutung von Verdachtsfallmeldungen liegt darin, mögliche bisher unbekannte Risiken von einem Impfstoff zu entdecken – in der Signaldetektion.

Wenn eine bestimmte Reaktion nach Impfung häufiger gemeldet wird, als es normalerweise auch ohne Impfung auftritt, wird dies mittels Observed-versus-Expected-Analyse des Paul-Ehrlich-Instituts erfasst und als Hinweis auf ein Risikosignal gewertet. Solch einem Hinweis, dass ein bestimmter Impfstoff eine bestimmte unerwünschte Reaktion hervorrufen könnte, wird nachgegangen.

Dieses Verfahren wird im aktuellen Sicherheitsbericht mit Daten bis inklusive 30. September 2021 ausführlich beschrieben.

Daher sind Verdachtsfallmeldungen von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen ein wertvolles Instrument, um mögliche Risiken, insbesondere auch sehr seltene Risiken – die z.B. seltener als bei einer von 10.000 geimpften Personen – von Impfstoffen zu erkennen.

Da innerhalb weniger Monate allein in der EU hunderte Millionen Menschen geimpft wurden, sind auch äußerst seltene schwerwiegende Nebenwirkungen inzwischen bekannt und transparent. Dazu gehören nach den Adenovektor-Impfstoffen das Thrombose-mit-Thrombozytopenie-Syndrom (TTS), insbesondere bei Menschen unter 50 Jahren, das Guillain-Barré-Syndrom (GBS), nach mRNA-Impfung die Myokarditis/Perikarditis vorwiegend bei jungen Männern unter 30.

Mario Martin ist Ökonom und arbeitet als Software-Projektmanager in Berlin.

Quelle 18

Der Covid Impfstoff hat eine Pandemie ausgelöst

QUELLE: THE COVID “VACCINE” HAS CAUSED A PANDEMIC

Von Paul Craig Roberts: Er ist ein US-amerikanischer Ökonom und Publizist. Er war stellvertretender Finanzminister während der Regierung Reagan und ist als Mitbegründer des wirtschaftspolitischen Programms der Regierung Reagans bekannt.

Das korrupte amerikanische medizinische Establishment unter der Leitung des Massenmörders Tony Fauci war vor einiger Zeit gezwungen zuzugeben, dass der Covid-„Impfstoff“ schnell an Wirksamkeit gegen das Virus verliert. Sie behaupteten jedoch, der „Impfstoff“ schütze vor Fällen, die schlimm genug seien, um einen ins Krankenhaus oder in den Tod zu schicken.

Jetzt ist Fauci gezwungen, diese falsche Behauptung zurückzunehmen. Vasko Kohlmayer berichtet:

Letzte Woche machte Dr. Anthony Fauci das vielleicht vernichtendste Geständnis in der Covid-Impfstoff-Saga. Die Auswirkungen seiner Aussage sind so weitreichend, dass sich das Interview, in dem er sie machte, durchaus als

Wendepunkt im Kampf gegen den großen Impfstoffbetrug erweisen könnte, der an den Völkern der Welt verübt wird.

In einer Podcast-Sitzung mit der New York Times am 12. November musste Fauci zugeben, dass die Impfstoffe ihre Empfänger nicht zuverlässig vor schweren Covidien oder dem Tod schützen.
Auf die Frage nach den Daten aus Israel – einem Land mit einer der höchsten Impfraten der Welt – sagte Fauci Folgendes:

„Sie beobachten eine nachlassende Immunität nicht nur gegen Infektionen, sondern auch gegen Krankenhausaufenthalte und in gewissem Maße auch gegen den Tod, und das betrifft inzwischen alle Altersgruppen. Es sind nicht nur ältere Menschen."

Mit anderen Worten: Die Schutzwirkung der Impfstoffe lässt nicht nur in Bezug auf die Infektionsgefahr nach, sondern auch in Bezug auf schwere Covidität und Tod. In Bezug auf die Wirksamkeit der Impfstoffe in Ländern mit hohen Impfraten räumte Fauci ein:

„Sie lässt so weit nach, dass immer mehr Menschen an Durchbruchsinfektionen erkranken, und immer mehr dieser Menschen, die an Durchbruchsinfektionen erkranken, landen im Krankenhaus."

Mit anderen Worten, alle Behauptungen, die für den „Impfstoff" Covid aufgestellt wurden, sind falsch. Unzählige Menschen wurden durch ein korruptes medizinisches Establishment und korrupte Medien zu Selbstmord und schweren Gesundheitsschäden verleitet. Dennoch geht die Zwangskampagne zur Impfung weiter. Die für diese Kampagne verantwortlichen Personen sind Mörder. Zu diesen Mördern gehören alle politischen Führer der westlichen Welt.

Warum lügen sie alle und der Medienabschaum weiterhin unverhohlen? Diese völlig korrupten Leute preisen immer wieder „die Pandemie der Ungeimpften" an. Es gibt keine solche Pandemie. Informationen aus allen Ländern zeigen,

dass die Zahl der Infektionen und Todesfälle mit der Anzahl der Impfungen zunimmt.

Im Vereinigten Königreich waren 74 % der angeblichen Covid-Todesfälle zwischen August und September geimpfte Menschen.

Die von Public Health Scotland gesammelten Daten zeigen, dass die Impfkampagne in Schottland zu einem Anstieg der Todesfälle um 3.071 % gegenüber dem Vorjahr und zu mehr Covid-Fällen unter den Geimpften als unter den Ungeimpften geführt hat.

Auf die Ungeimpften entfallen nur 19,7 % aller Covid-19-Todesfälle seit dem 14. August 2021, während auf die geimpfte Bevölkerung 80,3 % aller Todesfälle seit demselben Datum entfallen, wobei die vollständig Geimpften 76 % der Todesfälle ausmachen.

Die Daten aus Israel belegen, dass die Pandemie unter den Geimpften grassiert.

Der Grund, warum die Geimpften gefährdet sind, ist ein doppelter. Der „Impfstoff“ hat schwerwiegende Nebenwirkungen, die mit Covid verwechselt werden, und der „Impfstoff“ schädigt und zerstört letztlich das angeborene menschliche Immunsystem, wodurch die Geimpften anfälliger für alle Viren und Krankheiten werden.

Renommierte Wissenschaftler und medizinische Forscher, die von Big Pharma unabhängig sind, haben diese Fakten festgestellt, aber die Hurenmedien weigern sich, darüber zu berichten. Alles, was die Menschen von CNN, MSNBC, NPR, BBC, New York Times, CDC, NIH, AMA, Politikern und sozialen Medien erfahren, ist Indoktrination, die Menschen dazu bringt, sich selbst zu schädigen und zu töten, indem sie den „Impfstoff“ akzeptieren.

Die Fakten sind eindeutig. Die Covid-Impfkampagne ist die größte Massenmordbewegung der Geschichte.

Die öffentliche Reaktion auf das gerade veröffentlichte Buch von Robert F. Kennedy, Jr. „Der wahre Anthony Fauci“ zeigt, dass die Menschen das von den Hurenmedien inszenierte Narrativ durchschauen. Das Buch wurde von den Medien totgeschwiegen, als ob es nicht existieren würde, aber es ist trotzdem die Nummer Eins auf der Bestsellerliste von Amazon und die Nummer Eins auf der Bestsellerliste von Kindle.

Neben Amazon und Kindle ist das Buch auch in örtlichen Buchhandlungen und bei Barnes & Noble, IndieBound, Bookshop.org, Target, Walmart und Books-A-Million erhältlich. Kaufen und lesen Sie das Buch. Sie werden sehen, dass die öffentliche Gesundheit in den Händen von Gangstern liegt.

Was uns die „Covid-Pandemie“ gelehrt hat, ist, dass wir dem medizinischen Establishment, den Politikern und den Medien NULL VERTRAUEN können. Diese korrupten Leute haben ganz andere Ziele als die öffentliche Gesundheit.

Quelle 19

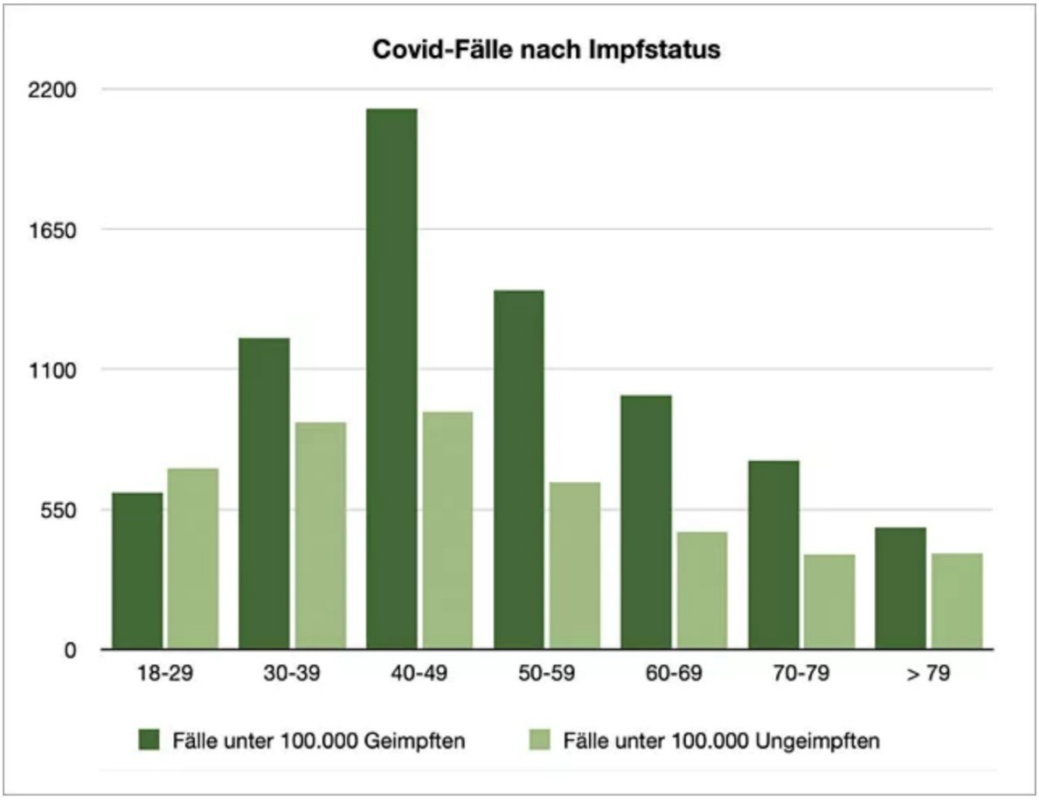
GB-Studie: Infektionen bei Geimpften teils mehr als doppelt so hoch wie bei Ungeimpften

https://www.mmnews.de/politik/173455-gb-studie-infektionen-bei-geimpften-teils-mehr-als-doppelt-so-hoch-wie-bei-ungeimpften

16. November 2021

Ein Report aus Großbritannien zeigt: Corona-Infektionen bei Geimpften sind teils mehr als doppelt so hoch wie bei Ungeimpften. Warum das so ist bleibt im Dunkeln.

Der wöchentlich erscheinende "COVID-19 Vaccine Surveillance Report" aus Großbritannien fördert Erstaunliches zutage. Die Corona-Infektionen bei Geimpften sind in bestimmten Altersgruppen teils mehr als doppelt so hoch wie bei Ungeimpften. Die folgende Grafik zeigt das Infektionsgeschehen in der Woche 44 (Anfang November).



Quelle: UK Health Security Agency: COVID-19 Vaccine Surveillance Report, Week 44, S. 20, 4. November 2021 Grafik: multipolar

Die Reports der "UK Health Security Agency" erscheinen wöchentlich. Doch die oben abgebildete Statistik, wonach Geimpfte höhere Corona-Infektionen zeigen, ist kein Einzelfall. Das zeigen die Überwachungsberichte schon seit Wochen. Besonders drastisch zeigt sich die Situation bei den 40 bis 49-jährigen. Laut Statistik infizierten sich unter 100.000 geimpften Personen 2124 mit Corona. In der Gruppe der Ungeimpften waren es nur 932.

Wie es zu der erhöhten Infektionswahrscheinlichkeit bei Geimpften kommt, dazu gibt es in den Report keine Hinweise. Der sogenannte Überwachungsbericht zeigt jedoch auch, dass im Fall der Erkrankung die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes oder auch der Tod bei Ungeimpften höher ist als bei Geimpften.

Quelle 20

Europäisches Parlament Impfung Tote und Verletzte

23.9.2021

B9-0475/2021 140 k 43 k

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

eingereicht gemäß Artikel 143 der Geschäftsordnung

zur Einrichtung eines europäischen Fonds zur Entschädigung der Opfer der „COVID-19-Impfstoffe“

– Comirnaty (Pfizer, BioNTech)
– COVID-19-Impfstoff Janssen
– Spikevax (Impfstoff von Moderna)
– Vaxzevria (Impfstoff von AstraZeneca)
Virginie Joron

B9-0475/2021

Entwurf einer Entschließung des Europäischen Parlaments zur Einrichtung eines europäischen Fonds zur Entschädigung der Opfer der „COVID-19-Impfstoffe“

Das Europäische Parlament,

– gestützt auf Artikel 143 seiner Geschäftsordnung,

A. in der Erwägung, dass die Europäische Arzneimittel-Agentur bereits rund eine Million Fälle von Nebenwirkungen nach der Impfung mit COVID-19-Impfstoffen aufführt:

– 435 779 Fälle beim Impfstoff von Pfizer BioNTech,

– 373 285 Fälle beim Impfstoff von AstraZeneca,

– 117 243 Fälle beim Impfstoff von Moderna,

– und 27 694 Fälle beim Impfstoff von Janssen[1];

B. in der Erwägung, dass diese Nebenwirkungen mitunter schwerwiegend ausfallen; in der Erwägung, dass beispielsweise etwa 75 000 Personen nach der Verabreichung des Pfizer-

Impfstoffs schwerwiegende neurologische Nebenwirkungen erlitten haben sollen;

C. in der Erwägung, dass nach Angaben der Europäischen Arzneimittel-Agentur die Verabreichung von COVID-19-Impfstoffen für rund 5 000 Personen in der Europäischen Union tödliche Folgen hatte:

– bei 4 198 Personen beim Impfstoff von Pfizer[2],

– bei 1 053 Personen beim Impfstoff von AstraZeneca,

– bei 392 Personen beim Impfstoff von Moderna,

– und bei 138 Personen beim Impfstoff von Janssen;

D. in der Erwägung, dass die Europäische Kommission die Kaufverträge ausgehandelt hat und dabei kein Interesse an der Haftung der Arzneimittelhersteller zeigte; in der Erwägung, dass die Mitglieder des Europäischen Parlaments bei den Verhandlungen keinen Zugang zu den Verträgen hatten;

1. fordert die Kommission auf, einen Fonds zur Entschädigung der Opfer von COVID-19-Impfstoffen einzurichten;

2. beauftragt seinen Präsidenten, diese Entschließung der Kommission und den Mitgliedstaaten zu übermitteln.

Letzte Aktualisierung: 14. Oktober 2021

Quelle 21

Impfdurchbrüche bei Menschen ab 60 explodieren

Unglaublich: Anteil der Krankenhaus-Patienten mit unbekanntem Impfstatus steigt auf 59 Prozent

https://reitschuster.de/post/impfdurchbrueche-bei-menschen-ab-60-explodieren/

VERÖFFENTLICHT AM 26. Nov 2021
262 Kommentare

Von Mario Martin

Das Robert Koch-Institut veröffentlicht jede Woche einen Wochenbericht, in dem die epidemiologische Lage der letzten Wochen insbesondere im Hinblick auf COVID-19 dargelegt wird.

Der RKI-Wochenbericht vom 25.11. hat es in sich. Zuerst sehen wir die Anzahl der gemeldeten COVID-19-Fälle. Also die gemeldeten positiven Tests. Die Anzahl der Tests erreicht in der letzten Woche mit 1,83 Millionen einen absoluten Höchststand. Die Verschärfung der Maßnahmen trägt Früchte. Schlangen vor den Testzentren gehören wieder zum gängigen Stadtbild. Vor einem Monat lag die Anzahl der Tests noch bei 0,91 Millionen.

COVID-19-Fälle und Fälle in den Krankenhäusern

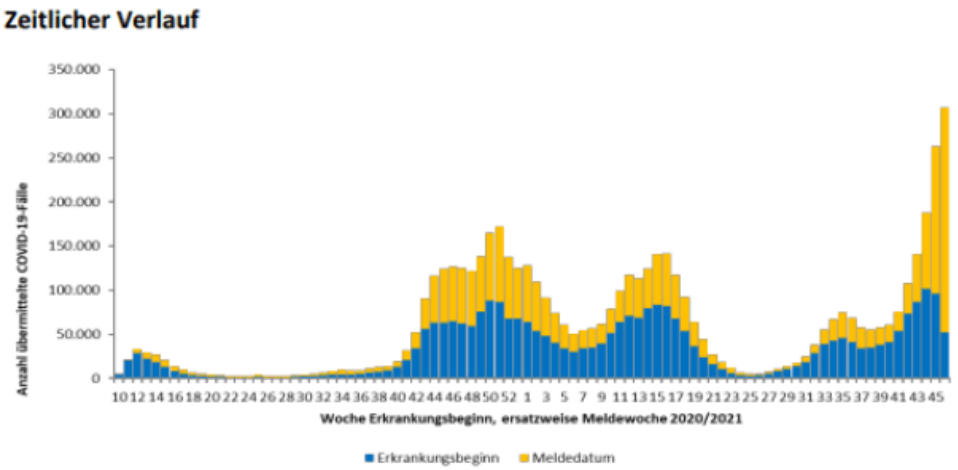


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldewoche seit MW 10/2020 (Datenstand 24.11.2021, 00:00 Uhr).

COVID-19-Fälle in Deutschland
(Quelle: RKI-Wochenbericht 25.11.2021)
Dieses Bild ist keine Überraschung. Wir befinden uns in der Erkältungssaison. Viren treten saisonal auf. Da die Anzahl der durchgeführten Tests durch die immer schärferen Maßnahmen rapide ansteigt, ist außerdem eine Zunahme der positiven Fälle erwartbar. Weiterhin sehen wir immer mehr gemeldete Fälle (gelb) im Vergleich zum tatsächlichen Krankheitsbeginn (blau). Die angezeigten Erkrankungen befinden sich knapp über dem Niveau der letzten beiden Wellen, wobei im neuesten Bericht die Anzahl im Vergleich zur Vorwoche um fast 50 Prozent abgenommen hat. Das lässt vermuten, dass wir den Höhepunkt der neuen Erkrankungen damit vor zwei Wochen erreicht haben.

Für die Anzahl der hospitalisierten COVID-19-Patienten zeigt sich folgendes Bild:

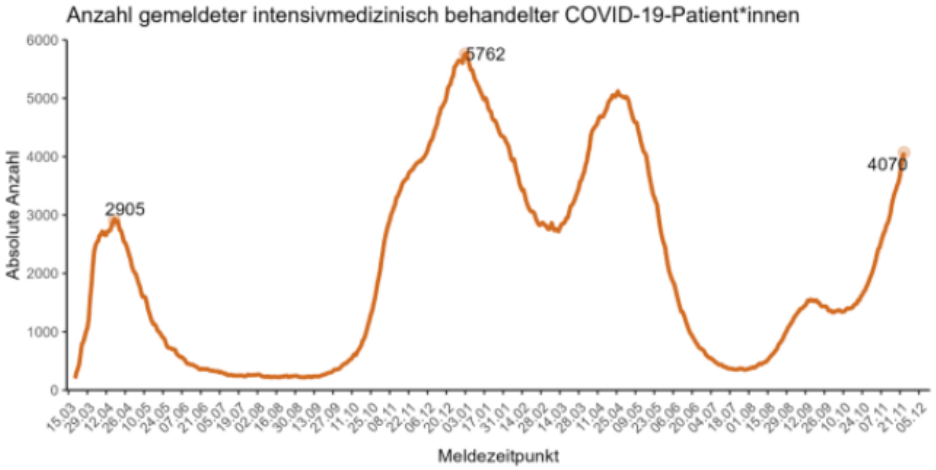


Abbildung 13: Anzahl im Intensivregister gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle des jeweiligen Beobachtungstages (Stand 24.11.2021, 12:15 Uhr). Zur Interpretation der Kurve im März/April 2020 ist zu beachten, dass noch nicht alle Meldebereiche im Register angemeldet waren. Generell kann sich die zugrundeliegende Gruppe der COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten von Tag zu Tag verändern (Verlegungen und Neuaufnahmen), während die Fallzahl ggf. gleich bleibt.

COVI
D-19-ITS-Patienten
(Quelle: RKI-Wochenbericht 24.11.2021)
Die Anzahl der COVID-19-ITS-Patienten steigt weiterhin. Allerdings wissen wir auch, dass Krankenhäuser monetäre Anreize erhalten, Patienten als COVID-19-Patienten zu klassifizieren. Ob die Patienten tatsächlich wegen COVID-19 behandelt werden, steht also auf einem ganz anderen Blatt.

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der COVID-19-Toten im Vergleich zum Vorjahr. In dieser Woche befinden wir uns etwa auf dem Niveau von Kalenderwoche 20, also Ende Mai:

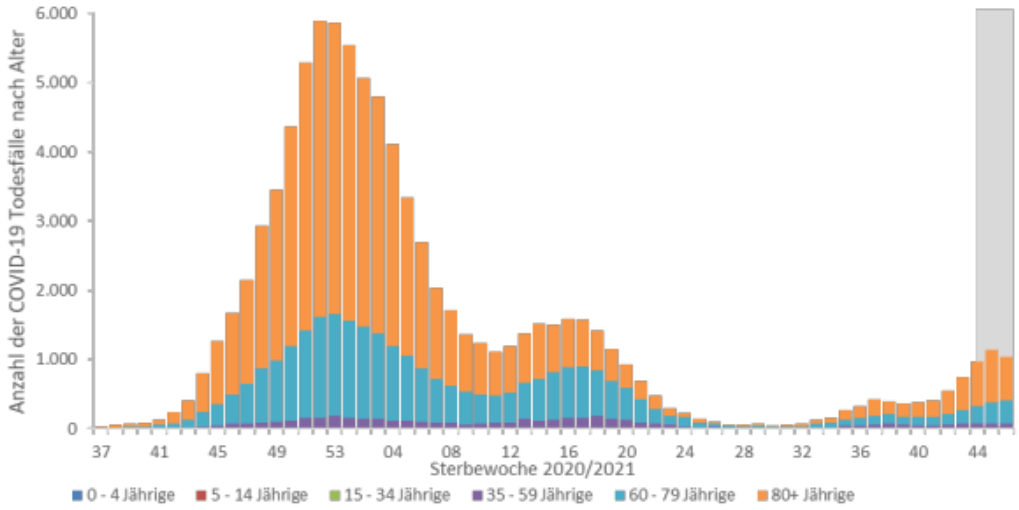


Abbildung 14: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (KW37/2020 - KW46/2021: 89.500 COVID-19-Todesfälle mit Angabe des Sterbedatums, 24.11.2021, 0:00 Uhr). Insbesondere für die vergangenen drei Wochen ist mit Nachübermittlungen zu rechnen.

Woch
enverlauf der COVID-19-Sterbefälle
(Quelle: RKI Wochenbericht 25.11.2021)

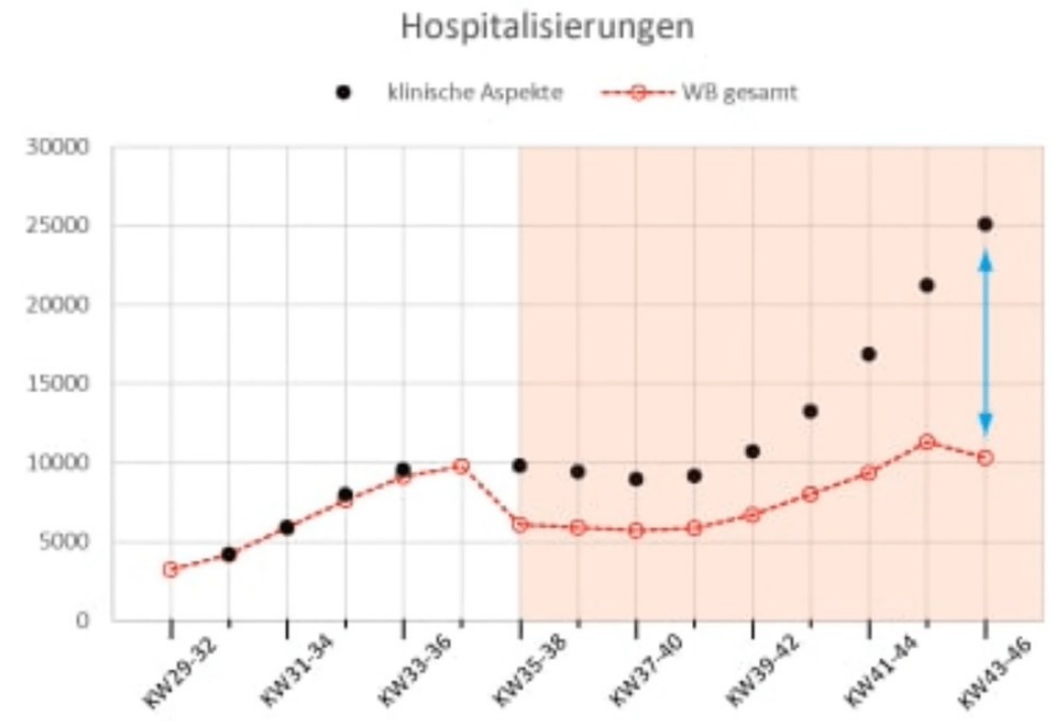
Impfstatus im Krankenhaus immer seltener bekannt

Sehen wir uns jetzt zunächst den Anteil der Patienten an, deren Impfstatus im Krankenhaus bekannt ist. Das RKI veröffentlicht neben dem Wochenbericht noch einen anderen Bericht mit den sogenannten "klinischen Aspekten". Dies sind alle im Krankenhaus behandelten Menschen.

Es handelt sich also um eine separate, weiter gefasste Gruppe, die alle Patienten beinhaltet.

In den Wochenberichten werden hingegen nur Patienten statistisch vermerkt, deren Impfstatus bekannt ist. Die Gruppe ist also um die Anzahl der Patienten ohne Impfstatus vermindert.

Vergleichen wir die Gesamtzahlen der Patienten der beiden Gruppen, sehen wir eine sich immer weiter öffnende Schere:



Differenz klinische Aspekte – RKI-Wochenbericht
(Quelle: RKI-Verlauf der klinischen Aspekte im Vergleich zum Verlauf „Anzahl mit Angaben zur Hospitalisierung". Visualisierung: Der subjektive Student)

Der Anteil der Patienten, deren Impfstatus nicht erfasst wird, steigt also immer weiter. Lag der Anteil der Patienten mit unbekanntem Status im letzten Wochenbericht noch bei 47 Prozent, so liegt er im aktuellen Bericht bei 59 Prozent.

Anstatt diese Schlüsselgröße endlich bereitzustellen, wird der Anteil der Patienten mit unbekanntem Status und damit die Ungewissheit immer

größer. Ein Armutszeugnis.

Impfdurchbrüche schießen in die Höhe

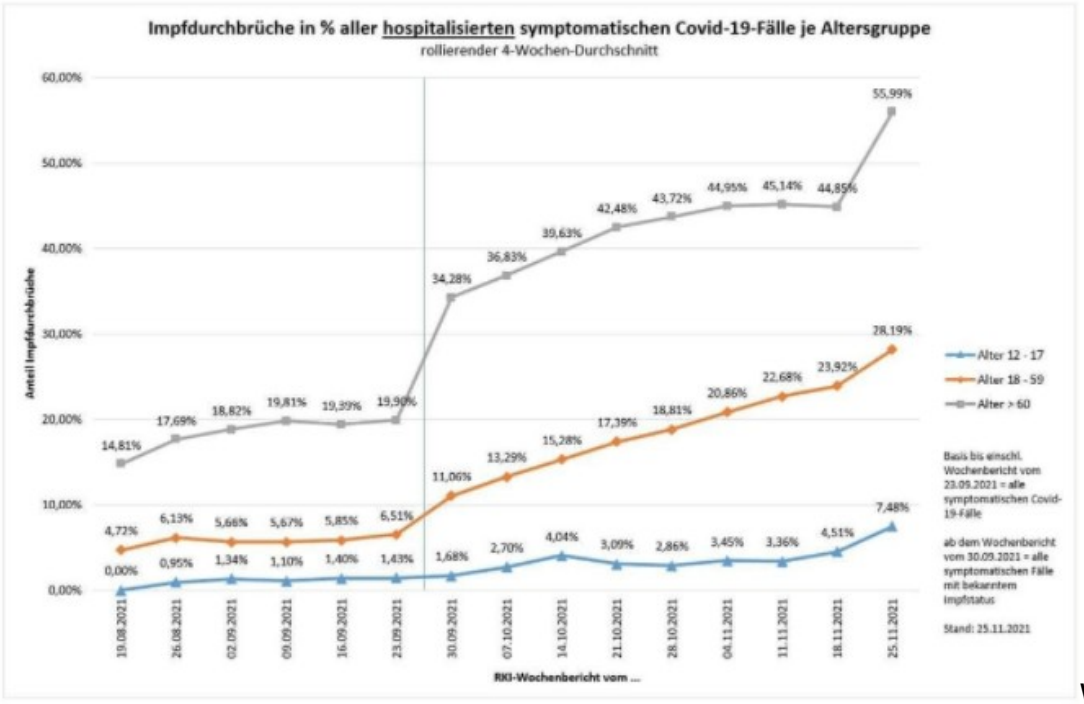
Zurück zum Wochenbericht, der alle Patienten mit bekanntem Impfstatus umfasst und der im Hinblick der aufgetretenen Impfdurchbrüche in den Krankenhäusern interessante Zahlen bereithält. Blicken wir auf die Altersgruppe 60+, lag im letzten Wochenbericht (18.11.) der Anteil der hospitalisierten COVID-19-Fälle dieser Altersgruppe noch bei 44,8 Prozent. Im aktuellen Wochenbericht (25.11) liegt er jetzt bei 56 Prozent. Das entspricht einem starken Anstieg von 25 Prozent.

Tabelle 3: Impfdurchbrüche in KW 43 bis 46/2021 nach Altersgruppe (Datenstand 23.11.2021)

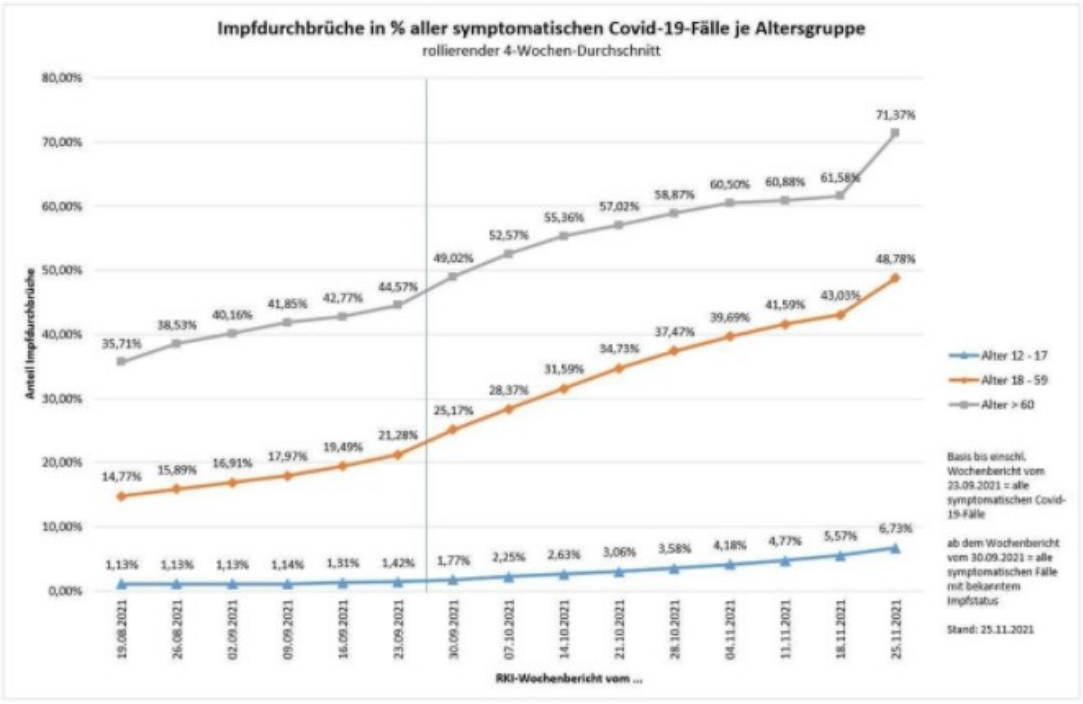
	Altersgruppe		
	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
Symptomatische COVID-19-Fälle[1]	31.265	207.476	51.212
davon vollständig geimpft	2.103	101.201	36.552
Anteil Impfdurchbrüche	6,7%	48,8%	71,4%
Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle[1]	147	4.030	6.149
davon vollständig geimpft	11	1.136	3.443
Anteil Impfdurchbrüche	7,5%	28,2%	56,0%
Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle[1]	0	535	996
davon vollständig geimpft	0	82	462
Anteil Impfdurchbrüche	-	15,3%	46,4%
Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle[1] [2]	1	74	1.124
davon vollständig geimpft	0	12	590
Anteil Impfdurchbrüche	-	16,2%	52,5%

[1] Alle symptomatischen Fälle, für die aus den übermittelten Angaben hervorgeht, dass sie entweder vollständig geimpft oder ungeimpft waren.
[2] Insbesondere für Todesfälle ist in den Folgewochen mit Änderungen der Fallzahl zur rechnen.

Impf
durchbrüche nach Altersgruppe
(Quelle: RKI-Wochenbericht 25.11.2021)
In der nächsten Grafik ist der Verlauf der Impfdurchbrüche über die letzten Wochen dargestellt. Dort ist der Ausschlag in der letzten Woche klar erkennbar (graue Linie):

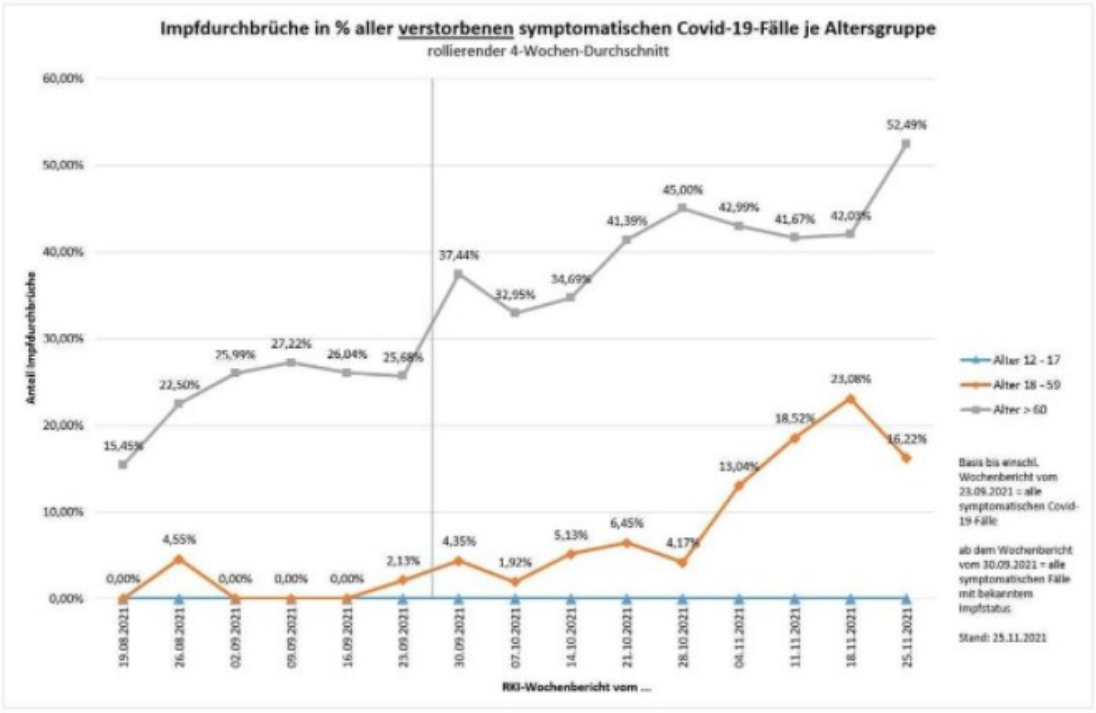


Woch
enverlauf der hospitalisierten Impfdurchbrüche
(Quelle: RKI-Wochenberichte bis zum 25.11.2021)
Betrachten wir die weiter gefasste Gruppe aller COVID-19-Fälle (nicht nur der hospitalisierten), sehen wir, dass nunmehr 71,4 Prozent der COVID-19-Fälle in der Altersgruppe 60+ einen Impfdurchbruch haben. Bei den 18- bis 59-Jährigen liegt der Wert nun bei 48,4 Prozent:



Woch
enverlauf der Impfdurchbrüche aller COVID-19-Fälle
(Quelle: RKI-Wochenberichte bis zum 25.11.2021)
Bei den verstorbenen COVID-19-Fällen ist inzwischen in der Gruppe 60+ mehr als jeder zweite Verstorbene ein Impfdurchbruch. Der Wert steigt

im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls um fast 25 Prozent. In der sehr weit gefassten Altersgruppe 18 bis 59 sinkt der Wert von 23 auf 16 Prozent.



Woch
enverlauf der Impfdurchbrüche aller Verstorbenen
(Quelle: RKI-Wochenberichte bis zum 25.11.2021)
Angesichts dieser enormen Sprünge kann hier jedoch ein Fehler in der Auswertung des RKIs nicht ausgeschlossen werden. Sollten die Zahlen in den nächsten Tagen korrigiert werden, wird dies hier ergänzt.

NACHTRAG: Das RKI hat inzwischen die Zahlen des Wochenberichts der Vorwoche korrigiert. Damit liegen die Steigerungsraten nicht mehr auf dem hier zuerst beschriebenen Niveau.

Hier sei noch einmal erwähnt, dass die Metrik “COVID-19-Fall” viele Probleme und Manipulationsmöglichkeiten eröffnet. Diese Daten haben also nur Aussagekraft, wenn zumindest davon ausgegangen wird, dass über die Wochen die gleichen Tests – also die gleiche Messtechnik – zur Feststellung der COVID-19-Fälle zum Einsatz kam.

Zu beachten ist immer auch, dass der hohe Anteil von Geimpften an Hospitalisierten und Verstorbenen dadurch relativiert wird, dass insbesondere in den höheren Altersgruppen deren Anteil an der Gesamtbevölkerung sehr hoch ist.
Dennoch drängt sich der Eindruck auf, dass die Impfung von Tag zu Tag unwirksamer wird, wenn wir die vom RKI bereitgestellten Daten für bare Münze nehmen. Damit wird die 2G-Regelung von Tag zu Tag immer irrationaler.

Dass die Wissenslücke hinsichtlich des Impfstatus bei den Krankenhauspatienten immer größer wird, kann inzwischen wohl als

skandalös bezeichnet werden.

Quelle 22

In der wichtigsten klinischen Studie für den Impfstoff Covid von Pfizer starben mehr Menschen, als das Unternehmen öffentlich mitteilte

QUELLE: MORE PEOPLE DIED IN THE KEY CLINICAL TRIAL FOR PFIZER'S COVID VACCINE THAN THE COMPANY PUBLICLY REPORTED

Pfizer teilte der Welt mit, dass bis Mitte März 15 Personen, die den Impfstoff in der Studie erhalten hatten, gestorben waren. Wie sich herausstellte, lag die tatsächliche Zahl bei 21, verglichen mit nur 17 Todesfällen bei Menschen, die nicht geimpft worden waren.

Am 28. Juli veröffentlichten Pfizer und sein Partner BioNTech eine Aktualisierung der Sechsmonatsdaten ihrer wichtigsten klinischen Studie mit dem Impfstoff Covid, die dazu führte, dass die Aufsichtsbehörden weltweit die Impfung genehmigten.

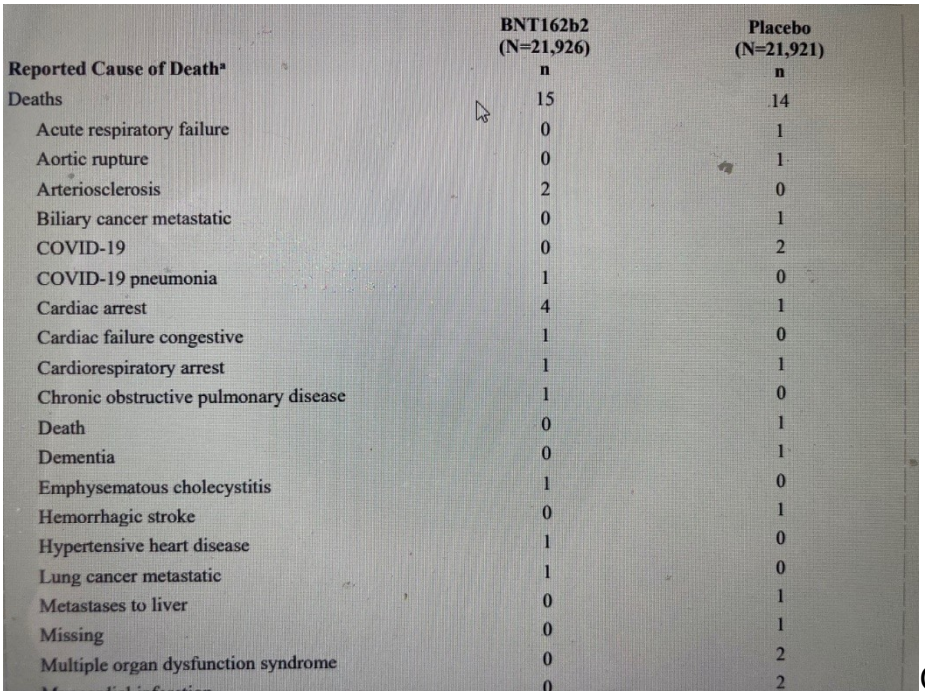
Zu einer Zeit, in der die Wirksamkeit des Impfstoffs zunehmend in Frage gestellt wurde, fand der Bericht weltweit Beachtung. Pfizer erklärte, dass die Wirksamkeit des Impfstoffs mit 84 Prozent nach sechs Monaten weiterhin relativ hoch sei.

Pfizer berichtete auch, dass 15 der rund 22 000 Personen, die den Impfstoff in der Studie erhalten hatten, gestorben waren, verglichen mit 14 der 22 000 Personen, die ein Placebo (eine Kochsalzlösung, die den Impfstoff nicht enthielt) erhalten hatten.

Dabei handelte es sich nicht nur um Covid-Todesfälle. In der Tat waren sie meist nicht auf Covid zurückzuführen. Nur drei der Studienteilnehmer starben an Krankheiten im Zusammenhang mit Covid – einer, der den Impfstoff erhielt, und zwei, die die Kochsalzlösung erhielten. Die anderen Todesfälle waren auf andere Krankheiten zurückzuführen, vor allem auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Forscher nennen diesen Datenpunkt „Gesamtmortalität“. Pfizer hat sie kaum erwähnt und die Einzelheiten der Todesfälle in einen Anhang zum Bericht gepackt.

Aber die Gesamtmortalität ist wohl die wichtigste Kennzahl für jedes Medikament oder jeden Impfstoff – insbesondere für solche, die prophylaktisch einer großen Zahl gesunder Menschen verabreicht werden sollen, wie es bei Impfstoffen der Fall ist.



Reported Cause of Death[a]	BNT162b2 (N=21,926) n	Placebo (N=21,921) n
Deaths	15	14
Acute respiratory failure	0	1
Aortic rupture	0	1
Arteriosclerosis	2	0
Biliary cancer metastatic	0	1
COVID-19	0	2
COVID-19 pneumonia	1	0
Cardiac arrest	4	1
Cardiac failure congestive	1	0
Cardiorespiratory arrest	1	1
Chronic obstructive pulmonary disease	1	0
Death	0	1
Dementia	0	1
Emphysematous cholecystitis	1	0
Hemorrhagic stroke	0	1
Hypertensive heart disease	1	0
Lung cancer metastatic	1	0
Metastases to liver	0	1
Missing	0	1
Multiple organ dysfunction syndrome	0	2
	0	2

QUELLE: Anhang zu „Six Month Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine“, verfügbar unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261159v1.supplementary-material

Obwohl die Forscher ihre Aktualisierung im Juli veröffentlichten, waren die Daten bereits mehr als vier Monate alt. Sie hatten die Erfassung von Informationen über Todesfälle am 13. März, dem „Datenstichtag“, eingestellt.

Aber selbst zu diesem Zeitpunkt waren ihre Zahlen schon beunruhigend.

In ihrem ersten Sicherheitsbericht an die FDA, der Daten bis November 2020 enthielt, hatten die Forscher angegeben, dass vier Placeboempfänger und zwei Impfstoffempfänger gestorben waren, einer nach der ersten und einer nach der zweiten Dosis. Mit der Aktualisierung im Juli kehrte sich dieser Trend um. Zwischen November 2020 und März 2021 starben 13 Impfstoffempfänger, verglichen mit nur 10 Placebo-Patienten.

Außerdem starben neun Impfstoffempfänger an kardiovaskulären Ereignissen wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen, verglichen mit sechs Placeboempfängern, die an diesen Ursachen starben. Das Ungleichgewicht

war gering, aber bemerkenswert, wenn man bedenkt, dass Aufsichtsbehörden weltweit festgestellt hatten, dass die mRNA-Impfstoffe von Pfizer und Moderna mit Herzentzündungen bei jungen Männern in Verbindung gebracht wurden.

(Ich habe am 29. Juli auf Twitter genau über diese Studie berichtet, und am nächsten Tag wurde ich dafür von Twitter für eine Woche gesperrt, der vierte meiner fünf diffamierenden „Strikes“ für Covid „Fehlinformationen“).

Im besten Fall legen die Ergebnisse nahe, dass der Impfstoff von Pfizer/BioNTech – der inzwischen fast einer Milliarde Menschen weltweit aufgedrängt wird, was Dutzende von Milliarden Dollar kostet und die Bürgerrechte ruiniert und immer weiter einschränkt – nichts zur Verringerung der Gesamttodesfälle beiträgt.

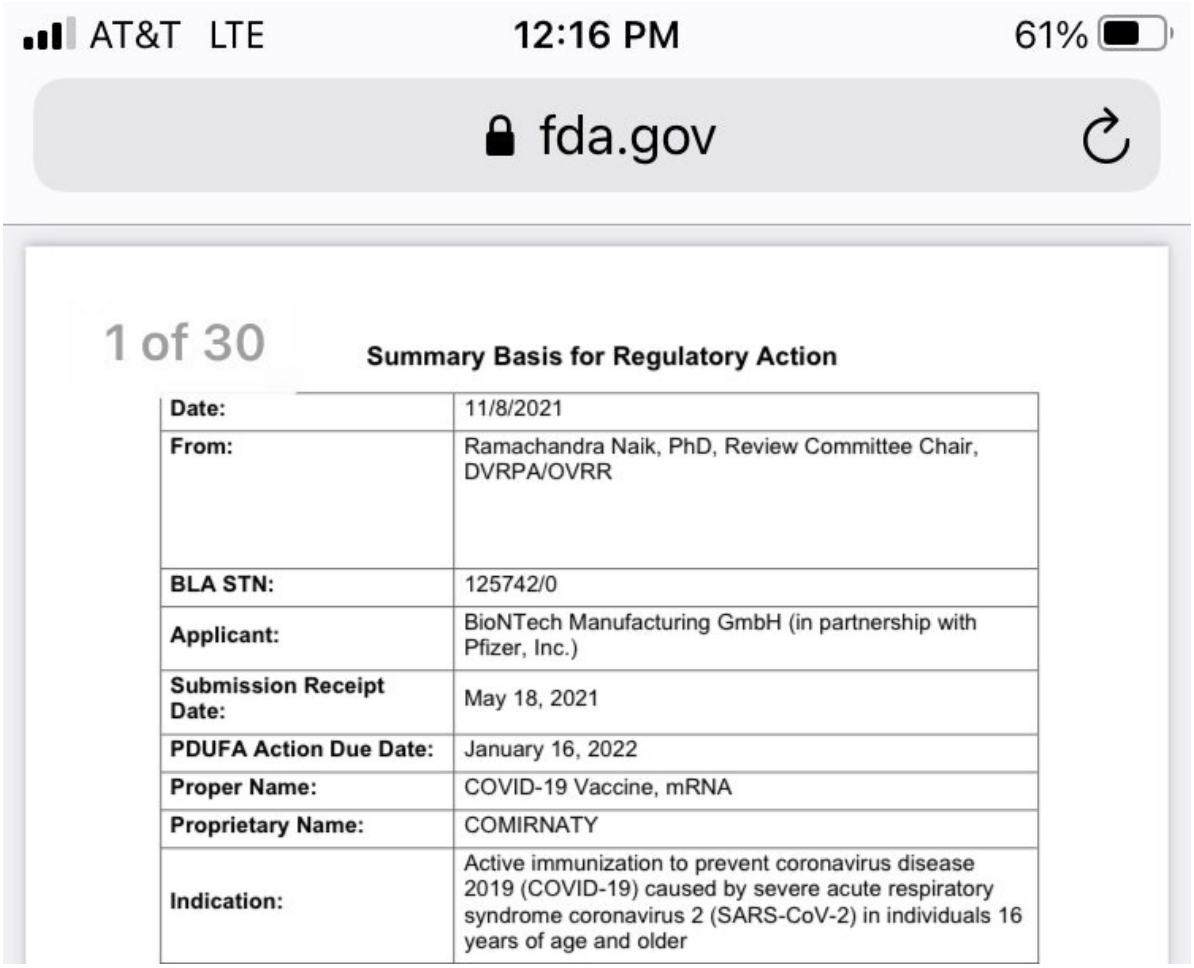
Schlimmer noch, Pfizer und BioNTech hatten fast alle Placebo-Empfänger in der Studie geimpft, kurz nachdem die Food and Drug Administration den Impfstoff am 11. Dezember 2020 für den Notgebrauch freigegeben hatte.

Damit hatten sie unsere beste Chance zunichte gemacht, die langfristige Gesundheit einer großen Zahl von Geimpften mit einer wissenschaftlich ausgewogenen Gruppe von Personen zu vergleichen, die das Medikament nicht erhalten hatten. Der Bericht vom 28. Juli schien die letzte saubere Aktualisierung der Sicherheitsdaten zu sein, die wir jemals erhalten würden.

–

Doch nun hat uns die FDA noch einen weiteren Bericht vorgelegt.

Am 8. November veröffentlichte die Behörde ihre „Summary Basis for Regulatory Action“, einen 30-seitigen Vermerk, der erklärt, warum sie am 23. August die volle Zulassung für den Impfstoff von Pfizer erteilte und damit die Notfallzulassung vom Dezember 2020 ersetzte.



Date:	11/8/2021
From:	Ramachandra Naik, PhD, Review Committee Chair, DVRPA/OVRR
BLA STN:	125742/0
Applicant:	BioNTech Manufacturing GmbH (in partnership with Pfizer, Inc.)
Submission Receipt Date:	May 18, 2021
PDUFA Action Due Date:	January 16, 2022
Proper Name:	COVID-19 Vaccine, mRNA
Proprietary Name:	COMIRNATY
Indication:	Active immunization to prevent coronavirus disease 2019 (COVID-19) caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in individuals 16 years of age and older

Quelle

Und auf Seite 23 des Berichts findet sich dieser verblüffende Satz:

Von Dosis 1 bis zum Stichtag 13. März 2021 gab es insgesamt 38 Todesfälle, 21 in der COMIRNATY-Gruppe und 17 in der Placebogruppe.

Pfizer gab im Juli öffentlich bekannt, dass es bis Mitte März 15 Todesfälle unter den Impfstoffempfängern festgestellt hatte. Der FDA teilte das Unternehmen jedoch mit, dass es 21 waren – zum gleichen Stichtag, dem 13. März.

21.

Nicht 15.

Auch die Zahl der Placebos in der Studie war falsch. Pfizer zählte 17 Todesfälle unter Placeboempfängern, nicht 14. Neun zusätzliche Todesfälle insgesamt, sechs unter Impfstoffempfängern.

Könnte die Diskrepanz auf eine seltsame Datenverzögerung zurückzuführen sein? Vielleicht, aber das FDA-Briefingbuch enthält auch die Zahl der Covid-Fälle, die Pfizer bei den Impfstoffempfängern in der Studie festgestellt hat. Diese Zahlen sind GENAU dieselben, die Pfizer im Juli öffentlich bekannt gab.

Doch die Zahl der Todesfälle war anders.

Pfizer hat die Zahl der Todesfälle in einer der wichtigsten klinischen Studien in der Geschichte der Medizin irgendwie falsch gezählt – oder öffentlich falsch berichtet, oder beides -.

Und die Zahlen der FDA zeichnen ein deutlich besorgniserregenderes Bild des Impfstoffs als die öffentlichen Zahlen vom Juli. Auch wenn die absoluten Zahlen gering sind, war die Zahl der Todesfälle unter den Impflingen insgesamt um 24 Prozent höher.

Die Aktualisierung zeigt auch, dass zwischen November und März 19 Impfstoffempfänger starben, verglichen mit 13 Placeboempfängern – ein Unterschied von fast 50 Prozent.

Waren die zusätzlichen Todesfälle auf Herzerkrankungen zurückzuführen? Das ist unmöglich zu wissen. Die FDA gab keine weiteren Einzelheiten zu den Todesfällen bekannt, sondern sagte nur, dass keiner davon „als im Zusammenhang mit der Impfung stehend betrachtet wurde“.

Aber angesichts der Zehntausenden von Todesfällen nach Impfungen, die inzwischen in den Vereinigten Staaten und in Europa gemeldet wurden – und angesichts der in vielen Ländern weit über dem Normalwert liegenden Gesamtsterblichkeitsrate bei Nicht-Impfungen – kann ein neuer Blick auf diese vage Zusicherung nicht früh genug erfolgen.

(HINWEIS: Ursprünglich hatte ich versehentlich die Covid-Todesfälle aus Impfstoff und Placebo vertauscht – zwei Personen, die ein Placebo erhielten, starben in der Studie an Covid, und eine, die den Impfstoff erhielt. Dieser Fehler hat keinen Einfluss auf die Gesamtzahlen).

Quelle 23

Mehr Kinder werden an den Spritzen sterben als am C19 Virus

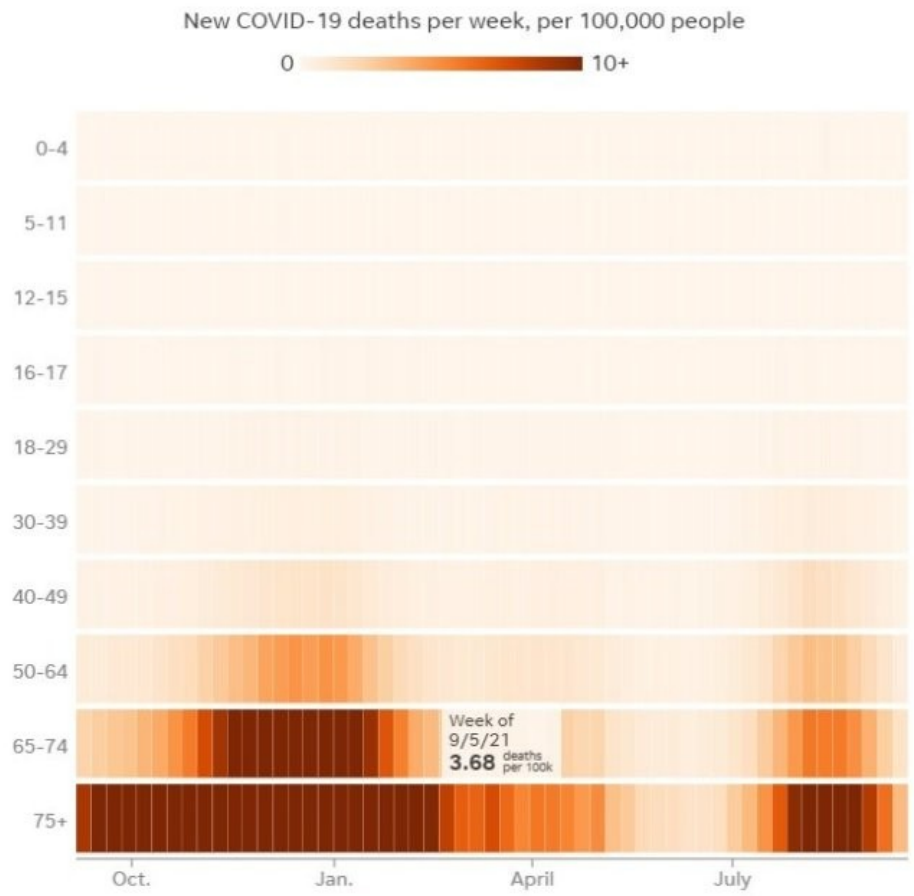
QUELLE: BREAKING NEWS: CDC & BIG PHARMA: MORE CHILDREN WILL DIE FROM THE SHOTS THAN FROM THE C-19 VI

Die Welt ist im Chaos!

Wir wussten das alles, als die Experten beschlossen, Kinder gegen das Virus zu impfen! Die Daten von Big Pharma und

der CDC zeigen, dass mehr Kinder durch die Impfungen sterben werden als durch das Coronavirus.

Alles wird mit Beweisen untermauert.



Some numbers, once adjusted for population, are extremely close to zero and may be listed as zero in the tooltip. This does not necessarily mean that no people in that age group died that week, but that the number was smaller than one in 10 million.

Data as of Oct. 12.

SOURCE Centers for Disease Control and Prevention

Seit den ersten Daten konnten wir feststellen, dass die gesunden Kinder nicht durch das Covid-19 gefährdet sind. Bei Menschen, die älter als 75 Jahre sind, sieht es ganz anders aus.

Jetzt wollen die Behörden die Kinder impfen; warum? Wir haben ein Problem! Die Daten der CDC zeigen, dass, wenn die Kinder geimpft werden, mehr von ihnen an dem Impfstoff als an dem Virus sterben werden.

Toby Rogers hat diese Analyse erstellt.

Ich habe die „Guidance for Health Economics Studies Presented to the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2019 Update“ der CDC gelesen und festgestellt, dass die erbärmliche Risiko-Nutzen-Analyse der FDA im Zusammenhang mit dem EUA-Antrag von Pfizer für die Impfung von Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren gegen viele der Grundsätze des Guidance-Dokuments der CDC verstößt. Das CDC-„Guidance“-Dokument beschreibt 21 Dinge, die jede gesundheitsökonomische Studie im Zusammenhang mit Impfstoffen tun muss, und die FDA-Risiko-Nutzen-Analyse hat mindestens die Hälfte davon verletzt…

…Zunächst ein wenig Hintergrund. Die Number Needed to Treat (NNT) zur Verhinderung eines einzigen Krankheitsfalls, eines Krankenhausaufenthalts, einer Einweisung in die Intensivstation oder eines Todesfalls ist ein Standardverfahren zur Messung der Wirksamkeit eines jeden Medikaments. Sie ist ein wichtiges Instrument, da sie es den politischen Entscheidungsträgern ermöglicht, Kompromisse zwischen einem neuen Medikament, einem anderen bestehenden Medikament oder dem Nichtstun zu bewerten. In der Impfstoffforschung lautet der entsprechende Begriff Number Needed to Vaccinate (NNTV, manchmal auch als NNV geschrieben), um einen einzigen Krankheitsfall, einen Krankenhausaufenthalt, eine Einweisung in die Intensivstation oder einen Todesfall zu verhindern (das sind 4 verschiedene NNTVs, die man berechnen kann).

Die Pharmaindustrie HASST es, über NNTV zu sprechen, und sie hasst es noch mehr, wenn es um COVID-19-Impfstoffe geht, denn die NNTV ist so lächerlich hoch, dass dieser Impfstoff keiner ehrlichen Risiko-Nutzen-Analyse standhalten könnte.

Verschiedene Gesundheitsökonomen haben einen NNTV für COVID-19-Impfstoffe berechnet.

- Ronald Brown, ein kanadischer Gesundheitsökonom, schätzt, dass die NNTV zur Verhinderung eines einzigen Coronavirus-Falls zwischen 88 und 142 liegt.
- Andere haben den NNTV zur Verhinderung eines einzigen Falles auf 256 berechnet.
- Deutsche und niederländische Forscher errechneten anhand eines großen Datensatzes (500.000) aus einer Feldstudie in Israel für die von Pfizer vermarktete mRNA-Impfung eine NNTV zwischen 200 und 700, um einen Fall von COVID-19 zu verhindern. Sie gingen noch weiter und fanden heraus, dass die NNTV zur Verhinderung eines Todesfalls zwischen 9.000 und 100.000 liegt (95 % Konfidenzintervall), wobei 16.000 als Punktschätzung gilt.

Er erläuterte den Beitrag von Bobby Kennedy über die klinischen Studien von Pfizer.

In der 6-monatigen klinischen Studie von Pfizer an Erwachsenen gab es 1 Covid-Todesfall von 22.000 in der Impfstoffgruppe („Behandlung“) und 2 Covid-Todesfälle von 22.000 in der Placebogruppe (siehe Tabelle s4). Also NNTV = 22.000. Der Haken ist, dass es in der Impfstoffgruppe 5 Todesfälle durch Herzinfarkt gab und in der Placebogruppe nur einen. Für jedes durch Covid gerettete Leben tötet der Pfizer-Impfstoff also 4 Menschen durch Herzinfarkte. Die Gesamtmortalität in der 6-Monats-Studie betrug 20 in der Impfstoffgruppe und 14 in der Placebogruppe. Das bedeutet einen Anstieg der Gesamtmortalität unter den Geimpften um 42 %. Der Impfstoff verliert nach 6 Monaten praktisch jede Wirksamkeit, sodass die Studie abgebrochen werden musste. Die Verblindung wurde aufgehoben und der Impfstoff der Placebogruppe angeboten. Zu diesem Zeitpunkt hatte die ansteigende Schadenslinie die sinkende Wirksamkeitslinie schon längst durchschnitten.

Pfizer änderte die Studienparameter bei der Berechnung der NNTV bei Kindern, um die Nebenwirkungen des Impfstoffs zu berücksichtigen.

Alle obigen NNTV-Schätzungen beruhen auf Daten von Erwachsenen. Bei Kindern wird die NNTV sogar noch höher

sein (je geringer das Risiko, desto höher die NNTV zur Verhinderung eines einzigen schlechten Ergebnisses). Bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren ist das Risiko, am Coronavirus zu sterben, äußerst gering. In einer Meta-Analyse, in der Daten aus 5 Studien zusammengefasst wurden, fanden die Stanford-Forscher Cathrine Axfors und John Ioannidis eine mittlere Infektionssterblichkeitsrate (IFR) von 0,0027 % bei Kindern zwischen 0 und 19 Jahren. Bei Kindern zwischen 5 und 11 Jahren ist die IFR sogar noch niedriger. Je nachdem, welche Studie man betrachtet, ist COVID-19 bei Kindern etwas weniger gefährlich oder ungefähr gleichwertig mit einer Grippe.

Rogers nannte die Zahl der Menschen, die geimpft werden müssten, um das Leben eines Kindes vor dem Tod durch C-19 zu retten.

- Mit Stand vom 30. Oktober 2021 sind nach Angaben der CDC seit Beginn der Pandemie 170 Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren an einer COVID-19-bedingten Erkrankung gestorben. (Das sind weniger als 0,1 % aller Coronavirus-bedingten Todesfälle im ganzen Land, obwohl Kinder in diesem Alter 8,7 % der US-Bevölkerung ausmachen).
- Die mRNA-Impfung von Pfizer „funktioniert“ nur etwa 6 Monate lang (sie erhöht das Risiko im ersten Monat, bietet in den Monaten 2 bis 4 einen mäßigen Schutz und lässt dann in ihrer Wirksamkeit nach, weshalb alle FDA-Modellierungen nur einen Zeitrahmen von 6 Monaten zugrunde legten). Jede Modellierung müsste also auf der Wirksamkeit des Impfstoffs im Zusammenhang mit den 57 (170/3) Kindern basieren, die andernfalls in einem Zeitraum von 6 Monaten an einer COVID-bedingten Krankheit gestorben wären.
- Die mRNA-Impfung von Pfizer ist bestenfalls zu 80 % wirksam gegen Krankenhausaufenthalte und Todesfälle. Diese Zahl stammt direkt aus der FDA-Modellierung (S. 32). Ich beuge mich nach hinten, um Pfizer den Vorteil erheblicher Zweifel zuzugestehen, denn auch hier zeigte die klinische Studie von Pfizer KEINE Verringerung der Krankenhausaufenthalte oder

Todesfälle in dieser Altersgruppe. Wenn man also allen 28 384 878 Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren zwei Dosen Pfizer spritzt (was die Regierung Biden vorhat), würde das höchstens 45 Leben retten (0,8 Wirksamkeit x 57 Todesfälle, die sonst in diesem Zeitraum eingetreten wären = 45).

- Die NNTV zur Verhinderung eines einzigen Todesfalls in dieser Altersgruppe beträgt also 630.775 (28.384.878 / 45). Es handelt sich jedoch um ein Zwei-Dosis-Schema. Wenn man also die NNTV pro Injektion berechnen will, verdoppelt sich die Zahl auf 1 261 550. Das ist buchstäblich die schlechteste NNTV in der Geschichte der Impfung.

Er legte dann eine Schätzung der Zahl der Kinder mit tödlichen Nebenwirkungen des Impfstoffs vor.

- Kirsch, Rose und Crawford (2021) schätzen, dass VAERS tödliche Reaktionen um den Faktor 41 untererfasst, was die Gesamtzahl der tödlichen Nebenwirkungen in dieser Altersgruppe auf 5.248 erhöhen würde (Kirsch et al. stellen eine konservative Schätzung dar, da andere den Faktor der Untererfassung auf 100 beziffern).

Einfach ausgedrückt würde der Plan der Regierung Biden also 5.248 Kinder durch die mRNA-Spritze von Pfizer töten, um 45 Kinder vor dem Tod durch das Coronavirus zu bewahren.

Für jedes Kind, dass durch die Impfung gerettet wird, würden 117 weitere Kinder durch die Impfung getötet werden.

Die mRNA-Spritze von Pfizer widerspricht jeder ehrlichen Risiko-Nutzen-Analyse bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren.

Dr. Michal Yeadon, Ex-VO von Pfizer, teilte mit, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder getötet werden, 50 Mal höher ist als die des Virus selbst.

„Es ist verrückt, Kinder mit etwas zu impfen, das sie mit 50-mal höherer Wahrscheinlichkeit tötet als das Virus selbst“, schloss Yeadon.

QUELLE: BREAKING NEWS: CDC & BIG PHARMA: MORE CHILDREN WILL DIE FROM THE SHOTS THAN FROM THE C-19 VI

Quelle 24

1. Pathologie Konferenz Teil 1

https://odysee.com/@ovalmedia:d/Pathologie_Konferenz_Reutlingen_Teil_1_fixed:c

2. Pathologie Konferenz - STEHEN TODESFÄLLE UND GESUNDHEITLICHE SCHÄDEN NACH IMPFUNGEN GEGEN COVID-19 IN EINEM PATHOLOGISCH NACHWEISBAREN ZUSAMMENHANG?

Siehe: https://odysee.com/@de:d/Pathologie-Konferenz-2-de:d